

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1898, à 1 heure

PAR

Marcel DUVERNOY

NÉ A AUDINCOURT, LE 8 NOVEMBRE 1873

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

LE

FOIE MOBILE

PRÉSIDENT : **M. BOUCHARD**, professeur.

JUGES. . { **MM. CORNIL**, professeur.
MÉNÉTRIER et **ACHARD**, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1898, à 1 heure

PAR

Marcel DUVERNOY

NÉ A AUDINCOURT, LE 8 NOVEMBRE 1873

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

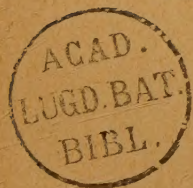
LE

FOIE MOBILE

PRÉSIDENT : **M. BOUCHARD**, professeur.

JUGES. . { **MM. CORNIL**, professeur.

MÉNÉTRIER et **ACHARD**, agrégés.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.		RAYMOND.
		{ BERGER.
Clinique chirurgicale.		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ N.
		{ PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vauz anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, il nous sera doux de dire notre gratitude à tous ceux qui nous ont instruit, encouragé et guidé dans le cours de nos études médicales.

Que M. le Dr Gérard-Marchant reçoive tout particulièrement l'hommage de notre profonde reconnaissance; nous avons débuté avec lui à Laënnec et nous nous souviendrons toujours de l'excellente année passée dans son service de Tenon.

Nous avons eu l'honneur de passer notre seconde année d'externat dans le service du Dr Hanot. Il n'a cessé de nous donner des preuves de sa bienveillance, de sa confiance et de son intérêt; c'est à lui que nous devons le meilleur de nos connaissances médicales. Nous adressons à la mémoire de ce maître tant regretté un souvenir ému et reconnaissant. Sa mémoire est à jamais gravée dans notre cœur.

Nous espérons tirer bon profit en clinique infantile de notre séjour à l'hôpital Trousseau; que M. le Dr Josias, qui nous accorda une place d'externe dans son service, veuille bien agréer tous nos remerciements.

Nous gardons un précieux souvenir du regretté pro-

fesseur Tarnier, à qui nous devons nos connaissances en l'art difficile des accouchements.

Les circonstances nous ont empêché d'être l'externe de M. le professeur agrégé Letulle, nous le regrettons et nous ne saurions oublier l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli. C'est sous son inspiration que nous avons entrepris ce travail, nous le prions de bien vouloir accepter tous nos remerciements pour les précieux conseils qu'il nous a donnés à ce sujet.

Que M. le Dr Bazy, qui a fait preuve à notre égard de tant de bienveillance et à qui nous devons une observation très complète, veuille bien recevoir l'assurance de toute notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier MM. les Drs Galliard, Jeanselme, Bonnaire, Potherat qui a aimablement mis à notre disposition deux intéressantes observations et Mathieu qui nous a permis de consulter ses documents relatifs aux malades de sa consultation externe, ce dont nous lui sommes particulièrement reconnaissant.

M. le professeur Bouchard nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; il n'a cessé pendant le cours de nos études de nous témoigner des marques d'intérêt et de bienveillance ; nous lui en conservons la plus respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

Sous le nom de foie mobile on désigne, depuis Cantani qui le premier en a publié une observation clinique, une maladie dans laquelle on trouve le foie déplacé et mobile dans la cavité abdominale. Déjà, avant Cantani dont l'observation date de 1865, Sauvages en 1768, et Portal en 1804 avaient parlé de l'hépatocèle.

Sauvages visait les cas où le foie entre comme élément dans la hernie ombilicale ; Portal parlait de la distension des ligaments du foie sous l'influence des chutes, des efforts, du poids de l'organe hypertrophié qui le fait descendre dans le bas-ventre et jusqu' dans le bassin. Même avant ces auteurs on pourrait citer, avec Faure qui l'a exhumée, la relation d'une autopsie faite en 1754 par Heister, et dans laquelle, ainsi qu'en témoigne le dessin qui accompagne cette relation, le foie présente une situation telle qu'il est permis d'affirmer qu'il s'agit bien là d'un cas de foie mobile.

A la suite du travail de Cantani, les observations se succèdent, mais en petit nombre. En 1876, Blet, dans sa thèse, ne peut en réunir que 10 cas. En 1877, Wickham arrive à un total de 20 cas ; en 1885, Landau, dans une importante monographie, ne peut trouver que 24 cas, dont 23 femmes et un homme. La même année,

Glénard fait paraître un important ouvrage sur l'entéroptose, mais il n'y aborde qu'incidemment la question du foie mobile ; dans diverses publications, en 1886-87-90-92, il s'occupe plus spécialement de cette question et propose le terme d'hépatoptose pour désigner le foie mobile.

En 1889 paraît la thèse de Curtius, qui apporte quelques observations nouvelles et défend les idées de Landau ; depuis on voit peu à peu les observations se multiplier. L'impulsion a été accentuée surtout par notre maître le Dr Gérard-Marchant qui, en 1891 pratiqua le premier et avec succès, contre l'hépatoptose totale, l'hépatopexie que Billroth en 1884 et Tscherning en 1886 avaient pratiquée mais contre le lobe flottant du foie.

En 1892, Faure consacre à l'hépatoptose une remarquable étude didactique, dans laquelle sont mis au point et étayés sur de nombreuses recherches personnelles les chapitres relatifs à l'anatomie et à la pathogénie. Il publie in-extenso dans ce travail les 54 observations de foie mobile connues dans la science. Depuis cette importante thèse, signalons les discussions sur le même sujet, qui eurent lieu à la *Société médicale des hôpitaux* à la suite d'une observation de Mathieu, les thèses de Couturier (Bordeaux, 1895) et de Sangline (Paris, 1896), enfin les articles de Glénard dans la *Revue des maladies de la nutrition* (1896-1897) et ceux de Terrier et Auvray dans la *Revue de chirurgie* (août et septembre 1897).

DIVISION DU SUJET

En compulsant les différentes observations de foie mobile, on est frappé de voir rangés sous la même étiquette des cas fort dissemblables. A côté de foies ne présentant, mise à part leur mobilité, aucune lésion cliniquement appréciable, nous en voyons d'autres atteints de diverses lésions, cirrhoses hypertrophiques, cirrhose atrophique, cirrhose cardiaque, lithiasé biliaire, cancer, etc. Il nous semble avec Glenard qu'il existe là une confusion regrettable et que le foie mobile type, celui qu'a décrit Cantani le premier, doit être avant tout un foie normal, ne présentant comme manifestations morbides que son défaut de fixité. Il est en effet évident que, pour un organe aussi important que le foie, la mobilité serait un caractère tout à fait secondaire, s'il était en même temps le siège d'une affection de son parenchyme.

Dans ces cas, la glande hépatique, quoique mobile, ne doit pas être étiquetée « foie mobile », pas plus qu'un rein mobile et tuberculeux n'est classé comme rein mobile, ou qu'un utérus cancéreux et prolapsé, comme prolapsus utérin. De là s'ensuit la nécessité d'une division. D'un côté le « foie mobile vrai », celui qui nous occupera surtout, d'un autre les « maladies du foie avec abaissement et mobilité », cas où l'affection hépa-

tique prime le défaut de fixité, qui passe pour ainsi dire au second rang.

Enfin dans un troisième groupe de faits nous étudierons le foie partiellement mobile ou plus exactement le « foie avec lobe flottant ».

Appareil suspenseur. — Avant d'étudier la pathogénie de l'hépatoptose, il est utile, pour sa compréhension, de décrire sommairement l'appareil suspenseur du foie.

Divers éléments concourent à soutenir l'organe ; on peut, avec Faure, les diviser en trois groupes. Le premier comprendra les replis péritonéaux, ou ligaments qui rattachent le foie aux organes voisins. Le second répondra à la veine cave inférieure, qui par ses solides adhérences, d'une part, à la colonne vertébrale et au diaphragme, d'autre part, au foie est pour celui-ci un solide moyen de fixité.

On rangera enfin dans le 3^e groupe les divers organes qui n'adhèrent au foie en aucune façon, mais qui, situés au-dessous de lui, peuvent dans une certaine mesure lui servir de point d'appui, de « coussinet élastique » selon l'expression classique.

Les replis péritonéaux qui relient le foie, soit à la paroi abdominale, soit aux organes voisins, sont au nombre de 7 ; le ligament suspenseur ou falciforme, le ligament coronaire, les 2 ligaments triangulaires, l'épiploon gastro-hépatique et les ligaments, hépato-rénal et hépato-colique.

Les trois derniers ne méritent que d'être signalés,

leur rôle est en effet très accessoire ; il en va autrement des quatre autres.

Le ligament suspenseur, ou grande faux du péritoine, représente une cloison verticale et antéro-postérieure reliant la face convexe du foie à la face inférieure du diaphragme et à la paroi antérieure de l'abdomen. Son bord inférieur concave s'insère sur la face supérieure du foie, suivant une ligne qui, partant de l'extrémité antérieure de la gouttière ombilicale, se dirige obliquement en arrière et en dehors vers le milieu de la veine cave inférieure. Son bord supérieur prend contact avec la concavité du diaphragme, puis avec la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic. La base du ligament, ou bord libre, s'étend de l'ombilic au sillon de la veine ombilicale ; il contient le cordon fibreux vestige de cette dernière.

Le ligament coronaire, dirigé transversalement, s'étend du bord postérieur du foie à la partie correspondante du diaphragme ; les deux feuillets qui le composent sont très courts, adossés l'un à l'autre aux deux extrémités ; à la partie moyenne ils s'écartent plus ou moins, permettant ainsi au bord postérieur du foie d'arriver immédiatement au contact du diaphragme.

Les deux ligaments triangulaires ne sont qu'une dépendance du ligament coronaire dont ils occupent chacun une extrémité, l'un à droite, l'autre à gauche. Des trois bords qu'ils présentent, l'un, bord interne, s'insère sur la face supérieure du foie, le second, bord externe, se fixe au diaphragme, le troisième ou bord

antérieur, répond à la base du triangle et est libre dans la cavité abdominale.

A côté de ces différents ligaments il faut, dans la fixation du foie, attribuer à la veine cave inférieure un rôle au moins aussi important ; pour quelques-uns son action serait même prépondérante.

Son rôle a été bien mis en lumière par Landau puis par Faure. La veine cave inférieure adhère en effet très intimement à la colonne vertébrale et à l'aorte. Il existe en cette région un véritable feutrage de tissu cellulaire à mailles très serrées qui englobe la veine et en rend le décollement très difficile.

Elle présente en plus des connexions veineuses non moins importantes : les veines lombaires, les veines rénales, les veines capsulaires font autant de petits ligaments qui contribuent à la fixer. Enfin, au moment où la veine traverse le diaphragme, elle contracte avec ce muscle une adhérence intime qui n'est pas le moindre de ses moyens de fixité.

Du côté du foie, l'adhérence est tout aussi grande grâce aux veines sus-hépatiques auxquelles, selon la très juste expression de Faure, « le foie est appendu comme le cœur l'est à ses gros vaisseaux, comme le poumon l'est à son pédicule ».

La part que prennent dans la suspension du foie les ligaments et la veine cave inférieure serait pour Faure de beaucoup plus importante. Il résulte d'expériences qu'il a entreprises à ce sujet que le foie, pour se détacher du diaphragme, exige une surcharge d'environ 35 à 40 kilogrammes. Si l'on sectionne les liga-

ments, la veine cave seule supporte environ 27 à 28 kilogrammes, alors que les ligaments isolés peuvent être surchargés d'environ 20 kilogrammes sans laisser le foie s'abaisser.

Aussi Faure attribue-t-il à la masse intestinale et à la paroi abdominale une action très faible, il la fait passer au dernier plan. Il va ainsi à l'encontre des opinions émises par Sappey, Richet, Cruveilhier, Landau, qui donnent, dans le soutien du foie, le principal rôle à la paroi abdominale, par l'intermédiaire de la masse intestinale. Glénard est à peu près du même avis, et admet que les intestins supportent le bord antéro-inférieur et les extrémités latérales de l'organe.

L'accord n'est donc pas absolu sur ce dernier point ; nous retrouverons en partie les mêmes divergences en étudiant la pathogénie du foie mobile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. *Foie mobile total*. — L'anatomie pathologique du foie mobile est assez mal connue : la rareté des autopsies et le nombre relativement restreint des opérations faites dans le but de fixer le foie expliquent le peu de renseignements à cet égard. Une dizaine d'autopsies, où dans plusieurs d'entre elles le foie mobile fut une trouvaille, vu que du vivant il ne s'était révélé par aucun signe fonctionnel, et un nombre un peu plus considérable de laparotomies soit exploratrices, soit faites dans le but de pratiquer l'hépatopexie, telles sont les bases sur lesquelles reposent nos connaissances sur l'anatomie pathologique du foie mobile.

Étudions d'abord l'état de l'appareil suspenseur ; on y a trouvé des malformations congénitales et des altérations paraissant acquises.

Disons de suite que parmi les premières, nul n'a trouvé l'allongement congénital du ligament coronaire que Meisner et divers auteurs désignaient sous le nom de méso-hepar et admettaient pour expliquer la chute du foie.

Par contre, d'autres malformations ont été rencontrées. Longuet, faisant en 1874 l'autopsie d'une femme de 24 ans morte à la Pitié, dans le service de Gallard, trouva une absence du ligament coronaire et des liga-

ments triangulaires. « Le foie n'adhérait aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans la cavité abdominale que par le ligament suspenseur falciforme et par une sorte de pédicule constitué par la veine porte, l'artère hépatique et le canal cholédoque, lequel pédicule, étant entouré de toutes parts par le péritoine, unissait le foie au duodénum. L'organe parfaitement libre par tous ses bords n'adhérait nullement au diaphragme, l'épiploon gastro-hépatique n'existait pas non plus; il en résultait une grande mobilité du foie qui venait reposer sur l'estomac et qui dépassait les fausses côtes de quatre travers de doigt ».

Kirmisson, en 1880, a signalé aussi l'absence du ligament coronaire; enfin Lanelongue, en pratiquant en 1895 l'hépatopexie, constata l'absence du ligament suspenseur ou falciforme.

Les altérations acquises sont variables; notons d'abord l'observation très intéressante de Faure qui, faisant l'autopsie d'une femme dont il n'a pu malheureusement retrouver l'histoire clinique, a trouvé une mobilité extrême du foie avec allongement de la veine cave inférieure. Nous ne pouvons mieux faire, pour plus amples détails, que de transcrire l'observation rédigée par Faure. « Après ouverture du ventre dans la position horizontale, on constate que le bord inférieur du foie descend à 5 centimètres au-dessous du rebord costal. La moindre pression le soulève d'ailleurs et va le cacher sous les côtes; aussitôt abandonné à lui-même il reprend sa situation primitive. Jusqu'ici rien que d'à peu près normal, mais ce qui l'est moins, c'est son extraordinaire

mobilité. Il se laisse dévier dans toutes les directions, on peut le repousser vers le haut, l'attirer vers le bas, sans qu'il oppose la moindre résistance. Quand on l'attire à gauche, il atteint sans peine la ligne médiane, de façon à passer presque tout entier dans l'hypocondre gauche. C'est en un mot le foie le plus mobile que nous ayons jamais vu. Le cadavre étant suspendu par le cou et placé dans la position verticale, le foie s'abaisse beaucoup. Son bord inférieur descend jusqu'à 9 et 10 centimètres au-dessous du rebord des côtes et sa mobilité est plus grande encore que dans la position horizontale, il flotte et oscille au moindre effort. Cependant, il n'est pas tout entier situé au-dessous des fausses côtes qui cachent encore le point le plus élevé de sa face convexe. L'extrémité inférieure du lobe droit atteint la fosse iliaque et déborde par en bas le rein droit qui, bien qu'un peu abaissé, n'est pas cependant plus mobile qu'à l'état normal ». Recherchant la cause de cette mobilité anormale, Faure ne trouva rien ni du côté du diaphragme, ni du côté des ligaments, mais il n'en fut pas de même du côté de la veine cave qui, dit-il, « nous a paru extraordinairement lâche et comme allongée, se laissant écarter sans peine du flanc droit de la colonne vertébrale; quand on imprime au foie des mouvements divers, elle les suit sans difficulté en formant au niveau de son adhérence hépatique un coude prononcé grâce auquel elle s'écarte de la colonne lombaire, au point qu'il est facile, en rompant à peine quelques fibres conjonctives, de passer le doigt entre la face postérieure de la veine cave et les vertèbres sous-jacentes ».

Symanowsky a trouvé dans une autopsie un allongement très net des ligaments. Péan, au cours d'une hépatopexie, a vu une veine cave repliée sur elle-même et le ligament suspenseur très allongé et vasculaire.

H. Delagenière a trouvé aussi, au cours d'une hépatopexie, le ligament coronaire très allongé et attiré en avant par le bord postérieur du foie devenu supérieur ; le ligament falciforme était également allongé, hypertrophié et présentait un aspect œdémateux.

Quant au foie, il peut occuper dans l'abdomen des positions fort variables, en rapport avec son degré de mobilité. D'une façon générale, il bascule autour de son axe transversal de façon que sa face convexe supérieure devient plus ou moins antérieure. Le bord antérieur descend plus ou moins bas dans l'abdomen ; dans plusieurs observations, il arrivait au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et dans un cas il occupait la fosse iliaque. Rarement le bord antérieur bascule vers la profondeur de manière à être recouvert par les anses intestinales.

Des situations plus étranges ont été signalées, mais elles sont évidemment exceptionnelles. Dans le cas de Heister, la face convexe du foie répondait au flanc droit, le bord antérieur était vertical et la face inférieure regardait vers la gauche. Demarquay a signalé un cas de déplacement où la face inférieure de l'organe regardait en avant et en haut ; enfin Kirmisson a observé un fait tout aussi curieux. « Le foie, situé comme à l'ordinaire dans l'hypocondre droit, présente en avant un bord épais ayant tous les caractères du bord postérieur

du foie normal, tandis qu'en arrière, dans la concavité du diaphragme, il possède un bord mince et tranchant sur lequel s'insère la vésicule biliaire ; pour remettre l'organe en position, il faut le placer dans l'hypocondre gauche ». Pour expliquer ce fait, l'auteur admet que le foie, primitivement placé dans l'hypocondre gauche, a subi autour d'un axe vertical un mouvement de rotation de gauche à droite, ce qui l'a amené dans la position trouve à l'autopsie.

Lorsque, au lieu d'avoir affaire à un foie mobile vrai, il s'agit d'un foie malade abaissé et mobile, les lésions que peut présenter la glande hépatique sont évidemment fort variables. La lithiasc biliaire, avec ou sans obstruction des voies biliaires, a été rencontrée plusieurs fois. Dans les cas de Trush et de Bard, le foie présentait des noyaux cancéreux secondaires ; Lanelongue pratiqua l'hépatopexie sur un foie atteint de cirrhose atrophique alcoolique : Delagenière a trouvé une cirrhose hypertrophique, enfin Leube a signalé un fait où le foie était atteint de cirrhose cardiaque.

Signalons rapidement, pour finir, la possibilité d'adhérences péri-hépatiques qui, sur le vivant, contribuent à égarer le diagnostic et surtout la coïncidence fréquente du rein mobile, du prolapsus de l'utérus, des hernies et des varices.

B. Foie à lobe flottant. — Ici l'anatomie pathologique est un peu mieux connue, parce que les lobes mobiles du foie ont été assez fréquemment rencontrés au cours d'interventions chirurgicales. Disons de suite

que dans ces cas le reste du foie conserve ses rapports normaux, qu'il n'est par conséquent nullement abaissé, et que l'appareil suspenseur est intact.

Ces lobes siègent en général à droite et se détachent soit de la face inférieure, soit du bord antérieur de l'organe : leur attache à la masse hépatique se fait par un pédicule plus ou moins large. Assez fréquemment ils descendent assez bas et sont assez mobiles pour faire croire à un rein mobile. Tel est le cas de Pichevin, où du vivant de la malade on avait porté le diagnostic de rein mobile et où, à l'autopsie de la patiente morte de tuberculose pulmonaire, on trouva un lobe flottant se détachant de la face inférieure du foie et descendant jusque dans la fosse iliaque droite. Dans un cas cité par Faure, les dimensions du lobe mobile étaient plus grandes encore puisque son extrémité inférieure se trouvait dans le grand bassin à 20 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, à 14 centimètres au-dessous de la partie moyenne du rebord costal. Enfin dans le cas fort intéressant que nous a communiqué M. le Dr Letulle, le lobe hépatique mesurait 16 centimètres de longueur et était atteint d'hépatite subaiguë avec congestion chronique, comme le reste du foie.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Nous étudierons d'abord le mécanisme et les causes de l'hépatoptose totale, pour nous occuper ensuite des influences auxquelles il faut attribuer le foie à lobe flottant.

L'hépatoptose est une affection qu'on considère généralement comme rare, et c'est là une opinion vraie, si l'on veut parler des cas où le foie est très déplacé et où les symptômes fonctionnels sont nombreux et importants. Mais, les cas où le déplacement est minime paraissent fréquents, c'est tout au moins la conclusion à laquelle est arrivé Glénard qui dit : « qu'il en sera bientôt de l'hépatoptose comme du rein mobile : les cas en seront si fréquemment observés qu'on ne les publiera plus ».

A l'appui de cette thèse, cet auteur, à la suite de recherches ayant porté sur 3,500 malades atteints de troubles de la nutrition, évalue la fréquence du foie mobile à 20 pour 100 des malades, 25 pour 100 des hommes, et 15 pour 100 des femmes.

De son côté M. le Dr Mathieu a recherché systématiquement le foie mobile sur une série de 404 malades atteints de troubles dyspeptiques. Sur 203 femmes il a constaté 11 cas de foie mobile, et 7 cas sur 201 hommes. Tous les cas de mobilité ont été notés, depuis les plus

faibles jusqu'aux plus accentuées. Les premiers auraient fréquemment pour cause un amaigrissement prononcé, surtout chez les hommes.

La plupart des auteurs considèrent le foie flottant comme plus fréquent chez la femme que chez l'homme : c'est ainsi que dans la monographie de Landau on trouve 23 femmes pour un seul homme. Glénard au contraire, nous venons de le voir, évalue la fréquence plus grande **chez l'homme que chez la femme.**

Deux théories principales ont été successivement proposées pour expliquer la chute du foie hors de sa loge.

La première qu'on peut appeler théorie de l'élongation des ligaments est aussi la première en date, c'est celle qui a été proposée par Cantani dans la première observation de foie mobile. Citons auparavant, sans nous y arrêter, la naïve opinion de Heister qui dit à la fin de son observation : « Par cette situation, Dieu a peut-être voulu montrer que si telle avait été sa volonté, il aurait pu placer ainsi le foie chez tous les hommes ». Quant à Cantani, il admettait que l'utérus gravide refoulait le foie en arrière et que l'inflammation chronique qu'il déterminait ainsi sur les ligaments produisait ensuite leur allongement. Cette théorie, que personne ne défend plus, est contraire à tout ce que l'on sait sur l'organisation des tissus soumis à un processus inflammatoire quelconque, **on ne voit pas trop en outre pourquoi** les ligaments s'enflammeraient sous la simple influence de la compression de l'utérus. Cette élongation des ligaments serait, pour d'autres auteurs, consécutive à

l'augmentation de poids du foie, que cette augmentation soit due à l'hypertrophie de l'organe en rapport avec une cirrhose, un cancer, ou des congestions de causes variables, ou qu'elle soit le fait d'une augmentation de pesanteur spécifique du foie comme le veut Mann. Meisner, d'autre part, a avancé que la laxité des ligaments n'est pas secondaire mais primitive, ou pour mieux dire congénitale, et due à l'existence d'un méso-hépar.

Divers auteurs, Léopold, Sutuguin, Chvostek, se sont rangés à la même opinion. Le méso-hépar qu'ils admettent ne serait que le ligament coronaire dont les deux feuillets se seraient juxtaposés par leur face profonde comme ceux des ligaments triangulaires. Il en résulterait, on le comprend, suivant la longueur du ligament malformé, un abaissement et une mobilité plus ou moins grande.

Malheureusement aucun anatomiste n'est venu confirmer l'existence du méso-hépar pas plus sur le nouveau-né que sur l'adulte. C'est donc là une théorie qui ne repose sur aucun fondement.

Si l'élongation congénitale des ligaments n'existe pas, il n'en est pas de même de l'absence de certains d'entre eux. Nous avons déjà cité au chapitre relatif à l'anatomie pathologique les cas curieux de Longuet, Kirmissen, Lanelongue, il est inutile d'y revenir ici.

Beaucoup mieux fondée est la théorie qui explique l'hépatoptose par la rotation du foie autour d'un axe transversal, le ligament coronaire formant pour ainsi dire la charnière autour duquel il tourne.

Elle s'appuie, d'une part sur l'absence de confirmation

anatomique de la théorie de l'élongation, et de l'autre sur l'étude des moyens de suspension du foie. Nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce propos quelques phrases de Landau : « Dans les degrés les plus extrêmes de son abaissement, dans le foie mobile le plus prononcé, le foie ne peut se disloquer dans le point qui correspond à sa fixation à la paroi postérieure de l'abdomen, de telle sorte que la dénomination de foie tournant serait la plus appropriée à cet état de l'organe » ; et plus loin étudiant les moyens de fixité de l'organe : « les forces qui l'empêchent à l'état normal de se déplacer sont plutôt négatives et s'il est maintenu, c'est que d'autres organes se trouvent là qui occupent l'espace où pourrait évoluer le foie et ne lui laissent aucune place ». Ces organes sont les intestins qui sont maintenus sous pression, grâce à la paroi abdominale, qui fait effet de sangle élastique. Que cette pression intra-abdominale vienne à diminuer et le foie s'abaissera. Reste à savoir le pourquoi de cette diminution de tension.

Pour Glénard elle serait due, soit à une diminution de la tension gazeuse intra-abdominale, soit à une diminution du calibre de l'intestin ; il fait en plus jouer un rôle à la diminution de tension sanguine intra-hépatique qui, à l'état physiologique, contribue à assurer le maintien du bord antérieur du foie dans sa position normale. Pour Landau au contraire, et pour la plupart des auteurs, la diminution de tension intra-abdominale est en rapport avec des modifications de la paroi abdominale, l'empêchant de jouer son rôle de sangle élastique. Nous voulons parler de l'éventration qu'on trouve

notée souvent dans les observations de foie mobile, et qui est due presque toujours à la grossesse, surtout aux grossesses répétées.

Landau n'hésite pas à faire de ce « ventre pendant » la principale cause de l'hépatoptose ; le paquet intestinal non maintenu laissant le foie basculer autour de son axe transversal. Cette théorie est vraie évidemment, mais elle est trop exclusive. La preuve en est dans les nombreux cas de femmes ayant une paroi abdominale flasque, relâchée, éventrée, et ne présentant pas pour cela de foie mobile. D'autre part, parmi les observations d'hépatoptose, il en est qui ont rapport à des hommes, d'autres à des femmes nullipares, avec paroi abdominale intacte, nouvelle preuve que l'éventration n'est pas cause unique dans le mécanisme de l'hépatoptose.

Aucune des théories précédentes n'est donc à l'abri de toute critique. Pour arriver à l'explication la plus vraisemblable, il faut, au lieu de faire jouer à une seule cause un rôle exclusif et prépondérant, étudier comme l'a montré Faure les diverses causes qui président à la ptose du foie, et les diviser en deux groupes.

Les unes agissent localement, les autres sont d'ordre **général. Les premières** sont variables, diverses, leur **action est réelle mais secondaire** ; seules leur influence serait minime. Les **deuxièmes**, au contraire, sont les plus importantes et, avec Faure, elles nous semblent dominer de beaucoup la pathogénie du foie mobile.

Parmi les causes locales quelques-unes nous sont **déjà connues. Telle est l'éventration** suite de grossesses répétées. Nous avons vu que son rôle était conside-

nable mais non exclusif, il n'en est pas moins vrai que de toutes les causes locales, c'est peut-être la plus importante.

Divers auteurs, Schatz en particulier, ont signalé comme autre cause l'étroitesse congénitale du thorax au niveau de sa base. Le foie, comprimé latéralement par les arcs costaux trop resserrés, serait poussé en bas et en quelque sorte énucléé de la concavité du diaphragme. Ce doit être la une cause bien rare si tant est qu'elle existe et, comme le remarque Faure, on voit beaucoup de thorax étroits et rachitiques, qui ne s'accompagnent pas d'autant d'hépatoptoses.

Plus intéressant et plus discuté est le rôle qu'on a attribué au corset. Richet l'accuse formellement de produire un abaissement du foie. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « On a vu chez les femmes le foie refoulé jusque dans la fosse iliaque, ce qui était dû sans doute à la pression exercée par un corset trop serré, pression qui à la longue l'expulse de la place qu'il occupe normalement ». Vogelsang, Depage, Hertz, portent contre lui la même accusation.

Bouvier, Landau, Curtius, Faure, Glénard, défendent l'idée contraire ; pour eux un corset bien placé exerce son maximum de constriction juste au-dessus de la crête iliaque, au-dessous du foie par conséquent, qui serait même maintenu dans sa position. M. Hayem qui a fait une étude minutieuse des différents troubles imputables au corset, rattache à trois variétés les déformations qui peuvent se produire selon que la constriction est sus-hépatique, hépatique, ou sous-hépatique.

Dans le premier cas, dit-il, « la compression s'exerçant au niveau de la voûte diaphragmatique, sur la face convexe du foie, a pour effet de repousser par en bas ce dernier organe et d'une manière générale tous les viscères abdominaux ; le foie ptosé dépasse les fausses côtes et parfois se mobilise ».

La constriction hépatique, elle, produit le resserrement de l'aire abdominale qui correspond à l'aire même du foie. La glande hépatique écrasée sur place s'allonge, son diamètre antéro-postérieur augmente, son bord antérieur forme souvent une lanquette mince, reliée au reste de l'organe par une portion rétrécie. Cette variété n'a donc pas d'influence sur le foie, au point de vue de la ptose totale, nous la retrouverons en étudiant le foie à lobe flottant.

Quant à la constriction sous-hépatique elle n'a aucune action sur le foie, c'est elle que Landau, Curtius, Faure ont eue en vue lorsqu'ils défendaient le corset.

Citons encore comme causes déterminantes, les efforts répétés et en première ligne, les efforts violents d'expiration auxquels Faure attribue une réelle importance. Le diaphragme dans ces cas se soulève brusquement, le foie qui lui est relié, est attiré de même, d'où distension brusque de l'appareil suspenseur ; on comprend qu'à la longue les ligaments peuvent se relâcher. C'est par ce mécanisme qu'ont été invoqués les vomissements, les quintes de toux incessantes des affections chroniques du poumon et des bronches, les éternuements répétés que Landau a invoqués dans une observation

pour expliquer la chute du foie. Il s'agissait d'une malade atteinte à chaque printemps d'asthme des foins.

On trouve notés, dans plusieurs cas des, efforts violents, des chutes brusques, des secousses répétées (équitation, saut).

Terminons enfin en citant l'amaigrissement : cette cause invoquée par Landau semble manifeste dans plusieurs observations. Elle semble avoir joué dans l'observation que nous devons à M. le Dr Letulle un rôle vraiment important. Elle agit vraisemblablement en produisant un relâchement de la paroi abdominale qui alors maintient mal le paquet intestinal.

Lorsque le foie ptosé n'est pas un « foie mobile vrai » mais un foie malade abaissé et mobile, l'augmentation de volume et de poids de la glande est évidemment une cause locale d'une certaine importance. C'est ainsi que peuvent agir les hypertrophies, dues à une cirrhose, à un cancer, les congestions répétées dues à la lithiase biliaire ou à une affection cardiaque. Citons enfin, à propos de l'observation relatée par Symanowsky, l'opinion du professeur Botkine, qui attribue, dans un cas de foie lithiasique abaissé, la ptose de l'organe à l'action d'un processus inflammatoire ayant attiré le foie en bas par raccourcissement des tissus enflammés.

Toutes ces causes locales, quelles qu'elles soient, ont besoin, pour être efficaces, d'agir sur un organisme prédisposé. En d'autres termes il faut faire intervenir une cause d'ordre général de beaucoup la plus importante et, comme le dit fort bien Faure : « Cette cause

prédisposante, constitutionnelle, héréditaire qui vient avec la vie et ne s'en va qu'avec la mort, c'est ce trouble mal défini de la nutrition qui se traduit par une prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre, à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. C'est cette prédisposition, qui chez l'homme fait les hernies, chez la femme les vergetures et l'éventration, chez tous les deux les varices, le rein mobile, l'entéroptose et la chute du foie ».

Étudions maintenant les causes du foie à lobe flottant. Nous avons déjà vu que dans ces cas le foie restait dans sa position normale, que l'appareil suspenseur n'était nullement lésé, et que tout se bornait à un lobe appendu, soit à la face inférieure du foie, soit à son bord inférieur, ce lobe étant suivant les cas, plus ou moins mobile et plus ou moins volumineux.

Disons de suite que dans bien des cas sa cause échappe à toute investigation. Il faut voir évidemment là une malformation congénitale analogue aux différences congénitales de configuration du foie dont Frerichs parle dans son *Traité pratique des maladies du foie*. Que le foie présente un lobe mobile, qu'il soit pourvu de scissures anormales, ou qu'il porte comme dans un cas figuré dans le livre de Frerichs, une languette gauche s'enfonçant loin dans l'hypocondre, et prenant contact avec la rate, tous ces faits peuvent se rapprocher et se ranger sous le même titre de malformations congénitales.

A coté de ces faits, il existe toute une autre catégorie de lobes mobiles dont l'origine se rattache à des lésions

de la vésicule biliaire. C'est surtout à Riedel que l'on en doit la connaissance : il a montré que fréquemment, lorsque la vésicule biliaire est hypertrophiée, et cette hypertrophie est due le plus souvent à l'oblitération du canal cystique par un calcul, elle provoque par tiraillement un allongement hypertrophique de la portion du foie à laquelle elle répond.

La preuve que la lésion de la vésicule est bien la cause du lobe mobile, c'est qu'il suffit pour faire disparaître celui-ci de traiter chirurgicalement l'affection de la vésicule.

Corbin en 1883, Chapotot en 1891 ont avancé que les lobes mobiles du foie pourraient bien être sous la dépendance d'une constriction exagérée due au port du corset. L'un d'eux cite même une observation où l'autopsie permit de constater que « le lobe droit laminé descendait jusqu'à la crête iliaque, sans que la matité hépatique eût changé de siège quant à sa limite supérieure. La taille de cette femme était extrêmement mince et les fausses côtes chevauchant les unes sur les autres, imprimaient des sillons profonds sur la face convexe ; le lobe prolabé du foie était mobile ». Nous avons vu que M. Hayem fait jouer le même rôle au corset lorsque la constriction est hépatique.

SYMPTOMATOLOGIE

A. *Foie mobile total*. — Le foie mobile vrai est une affection qui peut exister sans causer aucun trouble fonctionnel, et dans plusieurs observations c'est par hasard qu'en palpant l'abdomen on a trouvé la chute de l'organe. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes fonctionnels existent, mais avec une intensité variable. Le début de la maladie est rarement brusque, pourtant on a signalé quelques rares observations où il y eut pour ainsi dire « véritable luxation du foie » consécutive en général à un effort brusque et violent.

Tel est le curieux cas de Garnett où une femme de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, sentit en se baissant brusquement une soudaine torsion dans l'abdomen ; selon ses propres expressions « ses côtes avaient glissé et ses intestins étaient tombés ».

Tout aussitôt s'étaient déclarées des douleurs très vives dans l'abdomen, avec nausées, vomissements et sueurs froides ; la malade accusait une sensation de plénitude dans l'hypocondre et le flanc droits. Garnett appelé trouva un foie occupant la moitié droite de l'abdomen. Sous l'influence du repos absolu, les phénomènes douloureux diminuèrent rapidement, et au bout de quelques jours le foie avait repris sa place.

Citons encore l'observation de Landau où la malade, en soulevant un piano, avait été prise de phénomènes douloureux très intenses dans l'abdomen. Ici le foie resta prolabé et les phénomènes fonctionnels persistèrent mais très amoindris. Ce sont là évidemment des faits très exceptionnels, et dans la majorité des cas le début est lent et insensible. Quelques sensations vagues dans l'abdomen, une certaine pesanteur dans l'hypocondre et le flanc droits, quelques troubles digestifs ouvrent en général la scène.

Quelquefois, la chute du foie n'offre pas de symptômes plus accusés, mais le plus souvent les troubles fonctionnels sont plus marqués, et se traduisent par trois ordres de symptômes : des douleurs, des troubles gastro-intestinaux et des troubles nerveux.

On ne peut établir d'une façon certaine leur ordre d'apparition, mais en général les douleurs attirent les premières l'attention du malade ; celles-ci peuvent se présenter sous deux aspects différents.

Dans certains cas ce sont plutôt des sensations pénibles et gênantes que de véritables douleurs. Les malades éprouvent une sensation de tension et de pesanteur abdominales et accusent une gêne dans l'hypocondre et le flanc droits. Des tiraillements, des irradiations douloureuses, aux reins, aux flancs, à l'épigastre, à l'omoplate s'y ajoutent souvent. Gueniot a particulièrement insisté sur ces tiraillements douloureux à distance, et surtout sur un tiraillement qui s'exercerait derrière le sternum et pourrait remonter jusqu'à la base du cou.

Anatomiquement la possibilité d'une traction ainsi transmise ne paraît pas invraisemblable si l'on se souvient que le foie est suspendu au diaphragme, qui par son centre phrénique adhère intimement au péricarde sur une bonne partie de leur zone d'accolement, et que le péricarde lui-même présente des connexions fibreuses bien connues avec les aponévroses cervicales.

Certains malades accusent aussi des sensations de déplacement dans l'intérieur du corps, il leur semble qu'un organe se décroche dans l'abdomen. Quelques patientes ressentent des mouvements comparables à ceux d'un fœtus vivant au point qu'une malade de Vogelsang se croyait fermement enceinte.

Tous ces phénomènes douloureux qui sont d'une intensité moyenne, et à peu près supportables sont exagérés par la station debout, la marche, la fatigue et les efforts violents; la toux, l'éternuement provoquent quelquefois une douleur très vive dans le côté droit. Au contraire les malades sont soulagés par le décubitus dorsal, le décubitus latéral gauche est le plus souvent très douloureux et impossible, le décubitus latéral droit est mieux toléré.

Parfois l'ingestion d'aliments procure un certain soulagement, sans doute parce que la réplétion de l'estomac contribue alors à soutenir ou tout au moins à immobiliser un peu le foie.

Malgré ces symptômes pénibles les malades peuvent en général continuer à vaquer plus ou moins à leurs occupations; d'autres fois les douleurs prennent une

telle acuité qu'elles interdisent tout travail et condamnent le patient à un repos presque absolu.

Elles se présentent sous forme de crises paroxysmiques extrêmement douloureuses et comparables à une violente crise de colique hépatique. Glénard, puis Godart ont particulièrement insisté sur ces crises douloureuses qu'ils appellent coliques sous-hépatiques ou pseudo-lithiasiques. Les douleurs, très vives, s'accompagnent d'irradiations douloureuses à l'épigastre, à l'épaule, aux reins. Le ventre plus ou moins tendu est extraordinairement sensible à la palpation, le pouls est serré et rapide. Des nausées, des vomissements, des sueurs froides avec tendance à la syncope, accompagnent ordinairement la crise dont la durée est fort variable. Au bout d'un certain temps, les douleurs diminuent notablement d'intensité ou cessent même complètement, mais il suffira d'un effort, même minime, d'une légère fatigue pour les faire réapparaître; fréquemment aussi, elles coïncident avec l'apparition des règles. Les malheureux malades sont ainsi condamnés à un repos presque absolu, heureux encore quand les douleurs ne persistent pas malgré tout. Dans ces conditions, l'état général devient mauvais, le sommeil disparaît, l'amaigrissement est parfois considérable, d'autant plus que des troubles digestifs variés coexistent souvent avec les phénomènes douloureux. Ce sont des digestions lentes et pénibles, du dégoût pour les aliments, des éructations d'autant plus pénibles qu'elles exagèrent les douleurs, enfin une constipation souvent opiniâtre. Nous avons vu qu'au moment des crises dou-

loureuses les nausées et les vomissements étaient assez fréquents.

Dans certains cas apparaissent aussi des phénomènes nerveux variés, qui demandent probablement, pour se produire, la préexistence d'un terrain névropathique favorable à leur éclosion. C'est tantôt une irritabilité extrême qui rend les malades insupportables à leur entourage, tantôt au contraire un état de dépression neurasthénique très marqué. Dans l'observation de Cantani, la malade est devenue franchement maniaque et, dans les cas de Einhorn et de Franck, les patientes sont arrivées à la morphinomanie.

A côté de ces trois grands groupes de phénomènes, il faut en citer quelques autres, qui, bien que moins fréquents, n'en sont pas moins intéressants.

C'est ainsi que l'ictère a été noté dans un certain nombre de cas. Son apparition n'a rien de fixe, de même que sa durée et que son intensité. Ordinairement il est léger et disparaît assez promptement pour réapparaître de même. Une coudure, une compression des canaux excréteurs, par suite de l'abaissement de l'organe, suffisent amplement à l'expliquer en dehors de toute altération du parenchyme hépatique.

Rarement on trouvera de l'ascite. Szigethy pourtant a signalé une observation où l'ascite apparut à plusieurs reprises et disparut de même. Il l'a expliquée par une coudure de la veine porte, d'où serait résultée une augmentation de pression dans tout son territoire et un épanchement dans la cavité péritonéale, par exsudation du plasma sanguin.

L'œdème des membres inférieurs a été signalé dans quelques cas rares; on peut y voir le fait d'une compression ou d'une coudure de la veine cave.

Différents autres troubles ont été notés, mais ils ne présentent rien de caractéristique. C'est ainsi que dans quelques observations il existait de la dyspnée et de l'oppression, qu'on peut expliquer par la gêne apportée au jeu régulier du diaphragme.

Du côté des organes génitaux urinaires, bien des troubles ont été notés: leucorrhée, ménorragies, métrorragies. Ce sont là des symptômes non en rapport avec l'hépatoptose et dont l'explication n'est pas difficile si l'on se souvient que les malades sont ordinairement de grandes multipares qui ont pu par conséquent, au cours de leurs accouchements, être infectées et atteintes de métrite et d'autres lésions utéro-anexielles.

La fréquence des mictions peut, par contre, s'expliquer par la pression que subit la vessie de la part du foie, lorsque celui-ci descend très bas, quoique encore ici il faille se demander si les mêmes microbes qui ont créé les lésions de l'utérus et des annexes n'ont pas pu, de même, créer une cystite dont la fréquence des mictions est un signe ordinaire.

Du côté de l'appareil circulatoire rien à signaler.

Dans toutes les observations où l'état du cœur a été noté, aucun trouble n'est imputable à l'hépatoptose.

Tous ces symptômes fonctionnels ne présentent rien, en somme, de bien caractéristique; ils sont communs à bien des affections des organes abdominaux,

heureusement que pour arriver au diagnostic, des signes plus précis s'offrent à nous : ce sont les signes physiques.

L'inspection du ventre donne tout d'abord des renseignements non négligeables. Le plus souvent la paroi abdominale est flasque, molle et fréquemment amincie ; elle n'oppose aucune résistance lorsqu'on vient à pratiquer le palper, et quelquefois l'amincissement est tel que, dans le décubitus horizontal, on voit se dessiner au-dessous d'elle les organes contenus dans l'abdomen.

C'est ainsi que le foie prolabé peut faire à un endroit quelconque du ventre une saillie anormale facilement appréciable à l'œil.

Fréquemment on trouve en plus une véritable éventration, l'écartement des muscles grands droits peut être considérable et atteindre jusqu'à 10 et 15 centimètres. Cette éventration sera rendue plus manifeste encore lorsqu'on demandera à la malade de s'asseoir.

Lorsque la malade est dans la position debout, la paroi abdominale incapable de maintenir le paquet intestinal se laisse distendre et repousser par lui. C'est là ce que Landau a décrit sous le nom fort juste de « ventre pendant ». Et de fait, le ventre peut ainsi tomber jusqu'au devant des pubis, jusqu'à la partie supérieure des cuisses ; la peau fanée, ridée, est couverte de vergetures.

Il ne faudrait pas croire que toujours la paroi abdominale est ainsi distendue ; les observations où elle est normale ne manquent pas, que ce soit chez des hommes ou chez des femmes nullipares.

Terminons ce qui a trait à l'inspection en signalant un fait sur lequel a insisté Glénard : à savoir l'aspect spécial que peut présenter l'ombilic. D'après cet auteur l'orifice ombilical est masqué à sa partie inférieure par un repli cutané qui est dû aux tractions que le foie prolabé exerce de haut en bas et dans le sens antéro-postérieur sur l'ombilic, par l'intermédiaire du ligament suspenseur.

Citons de suite un signe dû à l'auscultation que quelques auteurs ont noté dans leurs observations. C'est un abaissement sensible de la limite de perception du murmure vésiculaire à droite. On comprend en effet que le foie étant abaissé, la convexité supérieure du diaphragme diminue et que l'expansion du poumon puisse ainsi se faire plus bas qu'à l'ordinaire.

Si l'auscultation ne donne que ce renseignement inconstant, il n'en est pas de même de la percussion. On sait que sur un sujet sain la matité hépatique commence à peu près à la hauteur du mamelon, car les différences individuelles sont importantes et s'accroissent encore suivant l'état du poumon et l'amplitude des mouvements respiratoires, pour finir au niveau du rebord costal. Cette matité qui s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, présente une hauteur d'environ dix centimètres au niveau de la ligne axillaire, et de six à sept au niveau de la ligne mammaire ; au creux épigastrique elle disparaît presque complètement. A mesure que le foie descendra dans l'abdomen, la limite supérieure de la matité hépatique descendra aussi et, dans les cas où l'organe a complètement quitté sa

loge, la matité hépatique disparaît complètement de sa région habituelle et est remplacée par une zone de sonorité pulmonaire, qui, en bas, au niveau du rebord costal, se continue avec le son tympanique fourni par la percussion de la masse intestinale.

C'est donc là un signe excellent et presque pathognomonique, car, mis à part les cas très rares où il y a transposition de viscères, la matité hépatique est constante. Lorsqu'elle n'existe pas en sa région habituelle, on doit la retrouver au nouvel endroit où est placé le foie, mais comme celui-ci peut occuper dans l'abdomen des positions fort variables, les régions où l'on trouvera une matité anormale sont fort diverses. Elle pourra siéger juste sous les fausses côtes, qu'elle débordera même encore en haut dans certains cas, ou dans un point quelconque de l'abdomen, mais plus souvent à droite qu'à gauche.

Les cas où elle manque sont exceptionnels, son absence s'explique par l'interposition des anses intestinales entre le foie et la paroi abdominale.

Un autre signe fort important de cette matité c'est sa mobilité. Sous l'influence d'un mouvement ou d'un changement de position du malade on la verra se déplacer.

La palpation sera le dernier mode d'investigation auquel on aura recours, et c'est lui qui nous donnera les plus précieux renseignements.

On peut y adjoindre le procédé spécial auquel Glénard, qui l'a inventé, a donné le nom de « procédé du pouce ».

La palpation se pratiquera le malade reposant dans le décubitus dorsal, les genoux à demi fléchis. Quelques auteurs y ajoutent la palpation dans le décubitus latéral et même dans la position gèneu-pectorale.

Elle est ordinairement rendue très facile par le fait que la paroi abdominale est généralement tellement relâchée, qu'elle n'oppose aucune résistance aux mains qui la palpent. On rencontrera donc, dans le point de l'abdomen où la percussion a montré une zone de matité, une grosse masse de consistance ferme, élastique, à surface lisse, et dont la forme générale rappelle celle du foie. Sa surface convexe, arrondie, est le plus souvent d'autant mieux reconnaissable, qu'elle est en contact direct avec la paroi abdominale qui est fréquemment d'une minceur extrême et qui seule la sépare de la main. Assez souvent on pourra la délimiter nettement et, en particulier, reconnaître son bord antérieur qu'il sera possible de saisir entre les quatre doigts de la main, enfoncés profondément, et le pouce ; les deux échancrures de ce bord seront quelquefois reconnaissables ; dans certains cas on serait arrivé aussi à percevoir le cordon de la veine ombilicale.

La palpation nous fournit encore un signe des plus importants, c'est la mobilité. On peut quelquefois assez facilement faire changer la tumeur de place, il est même possible de lui faire reprendre sous les fausses côtes la position qu'elle doit occuper, certains malades opèrent eux-mêmes cette réduction, ce qui les soulage ordinairement ; d'autres fois la réduction n'est possible que partiellement, ou même impossible.

La palpation du foie, en dehors des crises douloureuses dont nous avons parlé, ne fait pas souffrir les malades, tout au plus leur cause-t-elle une sensation désagréable plutôt que douloureuse. Au moment des crises, au contraire, la palpation est impossible, tellement elle est douloureuse, la sensibilité du foie et de l'abdomen persiste même, chez certains malades, plusieurs jours après la fin de la crise. Dans quelques cas la palpation est constamment douloureuse sans que le foie paraisse autrement malade.

Glénard a décrit, en 1887, un procédé spécial de palpation qui peut rendre certains services, dans les cas peu avancés de ptose hépatique. C'est ce qu'il appelle le « procédé du pouce ». Voici, d'après cet auteur, la technique du procédé. « La main gauche serrant la taille avec les quatre doigts sous la région lombaire, et le pouce gauche en avant, la main droite déprimant la paroi antérieure de l'abdomen, si l'on vient pendant un mouvement d'inspiration à tourner en haut, du côté de l'hypocondre, la pulpe du pouce, il peut arriver que l'on sente descendre un organe en avant du pouce qui s'en trouve comme coiffé; que l'on ramène alors le pouce d'arrière en avant et de bas en haut, des parties profondes aux parties superficielles, on fera sauter très nettement une crête qui ne peut être que le bord du foie ».

Ce procédé pourra utilement servir à déceler les foies peu mobiles dont le bord antérieur ne descend qu'à quelques centimètres au-dessous du rebord costal, et les cas de ce genre sont, semble-t-il, assez nombreux

Tout ce que nous venons de dire s'applique au foie mobile vrai ; lorsqu'il s'agit d'un foie malade et mobile divers symptômes viennent s'ajouter à ceux qui sont le propre de l'hépatoptose. Ici encore ce sont des signes fonctionnels et des signes physiques.

Les premiers sont, on le conçoit, éminemment variables, puisqu'ils sont en rapport avec des maladies variées de la glande hépatique. Nous ne les énumérerons pas ici ; ce serait passer en revue les symptômes de la plupart des affections du foie ; bornons-nous à dire que la lithiase biliaire est, entre toutes la plus fréquente et qu'elle s'accompagne, comme d'habitude, de son cortège douloureux de crises de coliques calculeuses.

Les symptômes physiques nous arrêteront un peu plus.

Ni l'inspection ni la percussion ne nous indiqueront rien de nouveau, mais la palpation nous fera reconnaître, dans la majorité des cas, un foie hypertrophié souvent douloureux.

Quelquefois même, lorsque la palpation est particulièrement facile, on pourra sentir qu'il est plus dur qu'à l'état normal et que son bord antérieur est arrondi et induré.

La réduction du foie dans sa loge sera souvent impossible ou, si on peut y arriver, elle sera presque toujours incomplète, une partie de l'organe dépassant encore les fausses côtes. Il est enfin inutile d'insister sur des différences d'évolution et de pronostic qui séparent tous ces cas de ceux où le défaut de fixité est la seule manifestation morbide.

B. *Foie à lobe flottant*. — Le début du foie à lobe flottant est toujours lent et insidieux, la plupart du temps les malades, éprouvant quelques douleurs dans le côté droit, sont amenés à palper leur abdomen et ils y découvrent une tumeur qui jusque-là avait passé inaperçue.

Dans le cas de Tscherning elle existait depuis cinq ans et, depuis huit ans, dans l'observation relatée par Langenbuch.

Dans certains cas les symptômes fonctionnels sont nuls, d'autres fois au contraire les malades se plaignent de douleurs plus ou moins vives dans le ventre. Ces douleurs, qui sont presque continues, mais en général peu intenses, présentent à certains moments des exacerbations, sous forme de crises pendant lesquelles elles deviennent très vives. Elles s'accompagnent d'irradiations fort pénibles dans les reins, les flancs, jusque dans les épaules.

Lorsque ces crises se répètent, elles forcent le patient à garder le repos et lui interdisent toute occupation.

Souvent apparaissent aussi des troubles digestifs variés, tels qu'inappétence, vomissements, quelquefois des palpitations avec tendances aux vertiges et aux syncopes. Bref les malades arrivent rapidement à un état de lassitude extrême avec amaigrissement.

Langenbuch a particulièrement insisté sur tous ces troubles fonctionnels qui seraient, d'après lui, beaucoup plus accusés lorsque le lobe flottant siège à gauche, ce qui est plutôt rare. C'est là une opinion qui demande

à être appuyée sur des faits plus nombreux et, ce qu'il y a de certain, c'est souvent les lobes flottants, siégeant à droite, qui s'accompagnent de phénomènes fort douloureux.

L'inspection du ventre permet, dans certains cas, de voir la tumeur bomber plus ou moins dans l'abdomen suivant sa grosseur.

La percussion montre tout d'abord que le foie occupe sa situation normale, qu'il n'est pas descendu. En bas sa matité se continue avec celle de la tumeur abdominale que la palpation a permis de reconnaître et dont on pourra, en général, saisir assez bien les limites inférieures. Tantôt la tumeur paraît lisse, tantôt bosselée ; sa mobilité est plus ou moins grande, la palpation bimanuelle permettra de constater le phénomène du ballottement, enfin on pourra voir qu'elle suit, comme le foie, les mouvements respiratoires, qu'elle s'abaisse pendant l'inspiration pour remonter pendant l'expiration.

Dans certains cas, la pression au-dessous du lobe mobile éveillera une douleur plus ou moins vive, et, si l'on interroge avec soin le malade, on peut retrouver dans ses antécédents l'existence de la lithiasé biliaire avec ses crises de coliques calculeuses. Il faudra penser alors à cette variété de lobes flottants sur lesquels Riedel a attiré l'attention et qui sont en rapport avec une affection de la vésicule biliaire, le plus souvent due à une oblitération calculeuse des canaux excréteurs de la bilé. Quelquefois on peut même, à côté de l'appendice constater la présence d'une tumeur de la vésicule biliaire.

Terminons en signalant la coexistence fréquente du rein mobile, tant avec les lobes flottants du foie qu'avec le foie mobile total, mais surtout avec ce dernier. Différents symptômes fonctionnels peuvent vraisemblablement lui être rapportés, ce qui le prouve, c'est qu'une néphropexie a quelquefois suffi non à faire disparaître complètement les phénomènes douloureux, mais à les faire notablement diminuer.

DIAGNOSTIC

A. *Foie mobile total*. — Au premier abord, il semble que le diagnostic du foie mobile serait facile et que la chute d'un organe aussi volumineux què le foie soit facilement reconnaissable ; mais, si on compulse les diverses observations, on voit que fréquemment le diagnostic est resté en suspens ou a erré. C'est ainsi que, sur les 18 cas d'hépatopexie, neuf fois le diagnostic était erroné, et on ne reconnut l'abaissement du foie qu'au cours de la laparotomie.

Nous n'insisterons pas longuement ici sur le diagnostic différentiel du foie mobile, ce serait faire celui de toutes les tumeurs de l'abdomen ou à peu près. Nous nous bornerons à répéter que les deux grands signes qui permettront d'éviter l'erreur sont la coexistence d'une absence de matité hépatique normale avec la présence, dans l'abdomen, d'une tumeur solide dont la forme rappelle celle du foie.

L'erreur la plus fréquemment commise est celle qui consiste à prendre le foie mobile pour le rein mobile et, de fait, les deux affections présentent quelques phénomènes fonctionnels analogues. On évitera l'erreur en recherchant avec soin les troubles du côté des voies urinaires, qui sont spéciaux au rein mobile, en palpant attentivement la tumeur qui paraîtra moins

grosse que le foie. Lorsqu'il y a coexistence du foie et du rein mobile le diagnostic est rendu plus délicat encore. Disons enfin que le foie mobile a été pris pour un kyste hydatique (Areilza), pour une tumeur de l'épiploon (Lanelongue), pour une typhlite tuberculeuse (Richelot).

Lorsque le diagnostic du foie mobile a été posé, il reste un point fort important à élucider ; c'est de savoir si le foie est sain ou malade, si entre d'autres termes on a affaire à un « foie mobile vrai » ou à un « foie malade mobile ». La recherche attentive des antécédents, l'exploration minutieuse de la région, la palpation de la tumeur qui fera reconnaître dans certains cas une dureté spéciale permettront de faire le diagnostic mais le meilleur signe est, comme le dit avec raison Rendu, le soulagement rapide et persistant qui suit la réduction de l'organe déplacé.

B. Foie à lobe flottant. — Nous retrouvons ici les mêmes hésitations, les mêmes erreurs de diagnostic, d'autant plus que souvent on ne pense pas au lobe mobile du foie, qui est une affection rare.

Grâce aux signes indiqués par Riedel, les lobes du foie en rapport avec une lésion de la vésicule sont relativement d'un diagnostic plus facile. Quant aux autres, bornons-nous à dire qu'on les a souvent pris pour un rein mobile et particulièrement pour un rein mobile malade.

Telles sont les observations de Ritter von Hacker et de Tscherning où le ballottement rénal que donnait le lobe flottant avait fait faire l'erreur de diagnostic.

TRAITEMENT

A. *Traitement de l'hépatoptose totale.* --- Deux moyens ont été employés pour remédier au foie flottant, les uns sont médicaux, les autres chirurgicaux.

Le traitement médical, le seul qu'on eût à employer jusqu'à ces dernières années, doit être mis en œuvre le premier. L'indication principale est évidemment de maintenir le foie dans sa position normale. On tâchera d'y parvenir en faisant porter au malade des bandages appropriés; on a employé soit des simples ceintures abdominales, renforçant et maintenant la paroi affaiblie et par elle le foie; soit des ceintures spéciales munies d'une pelote dont la saillie viendra plus spécialement soutenir la glande hépatique replacée auparavant dans sa situation normale. Les premières suffisent dans certains cas, et elles ont l'avantage d'être en général bien tolérées, les secondes sont d'une efficacité plus grande, mais elles ne sont pas toujours bien supportées par les malades. Aussi, comme le remarque le P^r Terrier, il y a lieu de se demander si la meilleure ceinture n'est pas celle laissée à l'initiative du malade. Un bandage en flanelle et un gros tampon de ouate remplaceront avantageusement la ceinture orthopédique dans la majorité des cas. Le malade pourra ainsi après réduction

du foie dans sa loge, régler lui-même et la position du tampon et le degré de constriction, de manière à se procurer le maximum de soulagement. Dans bien des cas, il sera possible d'obtenir ainsi une réelle amélioration au point de vue des phénomènes douloureux.

D'autres moyens ont été proposés et concurremment mis en œuvre pour remédier aux troubles qui accompagnent le foie mobile. Certains auteurs ont proposé d'employer l'électricité, dans le but de rendre quelque tonicité à la paroi abdominale relâchée et d'agir ainsi secondairement sur le foie, par l'intermédiaire de la masse intestinale mieux soutenue. C'est ainsi que Curtius, Griffith ont employé les courants interrompus. Ce dernier auteur n'obtint qu'un résultat incomplet et cela après trois mois de traitement régulièrement suivi. L'efficacité de cette méthode paraît bien peu certaine, les muscles de la paroi abdominale étant trop souvent atrophiés et dégénérés à un point où il n'y a guère lieu d'espérer leur rendre une tonicité et une force suffisantes. On ne saurait pourtant rejeter ce traitement de parti pris, et il y aura lieu d'essayer de l'électricité, tout au moins comme moyen secondaire.

Beaucoup plus important est le traitement des troubles généraux de la nutrition qui dominent la pathogénie de l'hépatoptose. L'hydrothérapie, une cure dans certaines stations thermales, à Vichy notamment, si, comme le veut Glénard, ces troubles résultent « d'une viciation secondaire des humeurs liée à une altération primitive du foie », enfin, un traitement tonique général seront prescrits avec avantage. Ils auront d'autant

plus de chances de réussir que la maladie sera traitée dès son début; malheureusement elle passe à ce moment trop souvent inaperçue.

Dans bien des cas, le traitement médical suffira à soulager les malades, mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, quoi qu'on fasse, les douleurs persistent intenses, au point de condamner les malades à un repos plus ou moins absolu, et à leur rendre la vie intolérable.

Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale, que souvent les patients réclament d'eux-mêmes avec insistance, s'impose, et il y a lieu de pratiquer la fixation du foie ou hépatopexie totale. C'est à notre maître, M. le Dr Gérard-Marchant, que revient l'honneur d'avoir fait cette opération pour la première fois, le 28 mars 1891. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici l'observation où la technique suivie se trouve relatée.

Ros..., Jos..., 37 ans, entrée le 25 février 1891, hôpital Laënnec.

La malade n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 4 ans. Elle était rachitique et présentait des déformations osseuses très marquées, surtout du côté droit. Elle a remarqué aussi que ce côté a toujours été plus faible que l'autre, bien que les déformations aient presque complètement disparu dans le cours de la puberté. Elle a été réglée à 16 ans, n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants.

C'est à partir de 31 ans que sa santé jusque-là parfaite commença à se troubler. Elle éprouvait des douleurs aiguës survenant par accès et siégeant au niveau de l'hypocondre gauche, avec irradiation dans le côté droit. Elle est entrée à l'hôpital d'Albertville (Savoie), où l'on a constaté, à la limite de l'hypocondre

gauche et de l'épigastre, une tumeur intra-abdominale, de la grosseur d'une orange que l'on diagnostique « kyste hydatique ». Ce diagnostic fut vérifié par la ponction qui donna lieu à l'issue d'un liquide transparent et incolore. Le liquide se reproduisit et, après cinq ponctions, on pratiqua l'ouverture du kyste par la méthode de Récamier. La malade porte encore sur l'abdomen la cicatrice consécutive à cette opération. A partir de ce moment, la malade eut quatre années de santé parfaite. Mais, il y a deux ans, elle fut prise de nouvelles douleurs qui débutaient toujours par le côté gauche de l'abdomen et irradiaient à droite. Elle avait en même temps la sensation de quelque chose qui tombait dans l'hypocondre droit. Ces douleurs, qui survenaient aussi par accès, ne se produisaient pas pendant la marche. C'est surtout lorsque la malade était assise que la crise se manifestait. La douleur était parfois assez vive pour amener une perte de connaissance. Elle n'a jamais eu d'hématurie, de lithiase rénale ou d'ictère, mais, par contre, elle avait des céphalalgies répétées et des vomissements fréquents. Il y avait aussi de l'inappétence, mais les selles étaient régulières. Elle a toujours été bien réglée.

Pas de stigmates hystériques, ni de symptômes de neurasthénie. La malade est de petite taille et présente quelques déformations rachitiques des membres inférieurs. Le pannicule adipeux est très développé, la paroi abdominale peu résistante, souple et non tombante. On sent au niveau de l'hypocondre droit une tumeur mobile qu'il est facile de faire remonter sous le rebord des côtes qu'elle dépasse de 4 ou 5 travers de doigt. Du même côté, on sent également, mais très profondément, une autre tumeur mobile ayant la forme du rein, ce qu'il est facile de reconnaître, et qui n'est autre chose que le rein déplacé et mobile. On ne porte aucun diagnostic ferme pour la tumeur de la région hépatique et comme la malade a déjà eu un kyste hydatique, on se décide à faire la laparotomie.

Cette opération est faite le 28 mars 1891.

Anesthésie chloroformique. Incision verticale au niveau de l'extrémité de la neuvième côte.

Après ouverture du péritoine, on constate, au niveau de la plaie, la présence du foie dont l'aspect est normal, mais qui est abaissé de trois travers de doigt et mobile. On décide de le fixer et pour cela on passe quatre fils de soie dans le bord antérieur du foie. Ces fils sont ensuite passés dans l'épaisseur du cartilage périchondral de la côte inférieure et à travers la paroi abdominale. Suture en étages de la paroi; suites opératoires simples. La malade se lève quatre semaines après l'opération, mais les douleurs persistent. La fixation du foie a cependant parfaitement réussi et il ne dépasse plus le rebord costal. L'état ne change pas pendant les mois de mai et de juin.

Le 12 juin, M. Marchant pratiqua la néphropexie. Suites opératoires simples, les phénomènes douloureux ont presque totalement disparu.

La malade a été revue huit mois après la dernière opération. On ne peut sentir le rein, mais le foie semble dépasser de nouveau le rebord costal d'environ trois travers de doigt.

On sent en effet à ce point, immédiatement sous la cicatrice, au centre d'une zone de sonorité atténuée, une tumeur qui se prolonge vers le haut sous les fausses côtes et est légèrement mobile. La matité dans la région hépatique est à peu normale. C'est donc vraisemblablement le bord inférieur du foie qui descend à nouveau dans l'abdomen, mais les troubles fonctionnels sont et demeurent supprimés, la malade ne souffre plus de ses anciennes douleurs.

Depuis cette époque, dix-sept observations nouvelles d'hépatopexie ont été publiées.

Dans la majorité des cas, les opérateurs ont suivi la même méthode que le Dr Gérard-Marchant, sauf quelques légères variantes de technique. C'est ainsi qu'au lieu de l'incision verticale sur le bord externe du muscle droit, qu'ont employée Desguin, Richelot, Dela-

gènière, d'autres chirurgiens ont fait la laparotomie médiane, tels sont Areilza, Lanelongne et Lucas Championnière; d'autres enfin, Langenbuch et Franke ont employé l'incision transversale parallèle au rebord costal droit. Le mode de fixation du foie a varié aussi suivant les opérateurs; alors que les uns suivent l'exemple du D^r Gérard-Marchant et traversent en entier le bord antérieur de la glande hépatique, les autres passent les fils seulement dans la face supérieure du foie. Enfin, pour assurer une adhérence plus intime avec la paroi, quelques auteurs avivent la face supérieure de l'organe. Lanelongue l'avive au bistouri sur une étendue d'environ six centimètres de long sur trois de large. Areilza, dans le même but, emploie le thermocautère.

Certains chirurgiens ont envisagé autrement la fixation du foie. C'est ainsi que Depage, de Bruxelles, considérant que le rôle capital dans l'hépatoptose revient à l'éventration, a proposé, en 1893, un procédé nouveau où la résection de la paroi abdominale est le temps principal de l'opération, la fixation du foie n'étant que secondaire. Cet auteur fait l'ablation d'un large lambeau cutané qu'il forme « en faisant une incision transversale, allant de l'extrémité inférieure de la onzième côte jusqu'à l'extrémité antérieure de la onzième côte du côté opposé. Des deux extrémités de cette ligne, nous menons deux incisions obliques, allant jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic, et longues chacune de la moitié de l'incision primitive. Des deux extrémités inférieures des incisions, nous menons alors deux inci-

sions courbes à convexité externe formant les trois quarts inférieurs d'un losange terminé par une pointe assez prononcée à la partie inférieure ». Le péritoine ouvert, le ligament ombilical du foie, avec l'extrémité inférieure du ligament falciforme, est attiré dans l'extrémité supérieure de la plaie et y est fixé de manière à le raccourcir fortement. On termine par une suture soignée, et en plusieurs plans, des différentes couches de la paroi abdominale.

Signalons enfin un troisième procédé que Péan employa une seule fois en 1896.

Après réduction du foie dans sa loge, il créa sous lui une cloison séreuse artificielle transversale, « en adossant le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-pariétal, au moyen de fils de soie à anses séparées comprenant la séreuse et, partout où cela est possible, une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ».

Quels sont maintenant les résultats obtenus par ces diverses opérations ? Sur les 14 cas où on a suivi la technique de M. le D^r Marchant on trouve 11 guérisons, 2 cas incertains, 1 mort par infection. Sur les 3 malades de Depage, il y eut 2 guérisons constatées plus de 3 ans après, et une mort par shock. La malade du D^r Péan paraît guérie. Les résultats semblent donc assez satisfaisants dans leur ensemble ; il va sans dire que c'est là une opération à laquelle on ne pourra songer si l'on n'est pas sûr de pouvoir pratiquer la plus rigoureuse asepsie.

Terminons en disant qu'il y aura souvent lieu de

pratiquer aussi la néphropexie qui a donné à la malade opérée par M. le D^r Bazy une amélioration considérable qu'on peut presque regarder comme une guérison.

A. Foie à lobe flottant. — Il ne faut pas compter ici sur l'efficacité du traitement médical : on conçoit qu'une ceinture, si bien appliquée qu'elle soit, n'empêchera pas le lobe mobile de flotter dans l'abdomen et de produire des phénomènes douloureux, aussi pour peu que ceux-ci soient intenses au point d'enlever le repos du malade, il faudra se décider à intervenir chirurgicalement. Trois sortes d'opérations ont été pratiquées dans les cas de lobes flottants.

La première en date est l'hépatopexie partielle que Billroth fit, le premier, en 1884 et qui a été employée depuis par Tscherning et par Langenbuch en 1890. Billroth et Tscherning pratiquèrent la fixation du lobe flottant au cours d'une laparotomie exploratrice ; Langenbuch avait diagnostiqué d'avance un lobe flottant du foie. Dans les trois cas, la fixation se fit à la paroi abdominale latérale, grâce à un ou plusieurs fils passés à travers le lobe. C'est là une opération facile et bénigne, si l'on observe les règles de l'asepsie la plus rigoureuse.

Langenbuch, en 1887, pratiqua une autre opération bien plus hasardeuse, il fit la résection d'un lobe mobile gros comme le poing, siégeant à gauche et s'accompagnant de phénomènes très douloureux. Il divisa la partie rétrécie qui reliait le lobe mobile au foie, en plusieurs pédicules qu'il sectionna en laissant un bout

assez long au-dessous de la ligature. Le lobe ainsi enlevé pesait 270 grammes. Le soir même de l'opération tous les signes d'une hémorragie interne grave éclatèrent; l'abdomen fut réouvert et, grâce à cette nouvelle intervention, on put lier le vaisseau qui saignait et ainsi sauver la vie à la malade.

Depuis, un seul chirurgien a suivi cet exemple : c'est Bastiannelli qui en 1895, au cours d'une laparotomie exploratrice, a réséqué aussi un lobe et obtint la guérison de son malade.

Malgré ces deux succès, c'est là une opération qui nous paraît peu recommandable à cause des complications redoutables qu'elle peut entraîner, aussi devrait-on toujours lui préférer l'hépatopexie partielle.

Quand l'origine du lobe flottant est due à une lésion de la vésicule biliaire, Riedel a, le premier, montré tout l'avantage qu'on pouvait retirer d'une cholécystotomie. Grâce à l'incision de la vésicule on peut la vider du liquide et des calculs qu'elle contient, sous l'influence de l'opération le lobe flottant diminue progressivement de volume et disparaît complètement en quelques mois. Riedel a ainsi obtenu un succès complet dans six cas semblables, et récemment MM. Terrier et Baudouin ont obtenu aussi une guérison, après avoir retiré de la vésicule non distendue un volumineux calcul biliaire pesant 11 grammes.

CONCLUSIONS

I. Il y a lieu de diviser les cas d'hépatoptose en deux groupes :

D'un côté, les cas de « vrai foie mobile » où la glande hépatique est normale, mis à part son défaut de fixité.

D'un autre, les cas où le foie est malade et mobile ; la mobilité cédant ici la place à l'affection du parenchyme hépatique et devenant accessoire.

II. Les lésions anatomiques de l'appareil suspenseur du foie sont mal connues. Le méso-hépar invoqué par Meisner n'existe pas.

III. Les causes variées qu'on a assignées à l'hépatoptose, éventration, grossesse, efforts répétés et violents, amaigrissement, hypertrophies, etc., ne sont que des causes occasionnelles. Elles demandent, pour être efficaces, la préexistence d'un trouble général de la nutrition, qui rend les ligaments moins résistants.

IV. Les signes fonctionnels ne présentent rien de pathognomonique. Les signes physiques, absence de la matité hépatique en son siège normal, et présence dans l'abdomen d'une tumeur solide, rappelant la forme du foie, sont plus importants et plus certains.

V. Le diagnostic de l'affection est souvent difficile. C'est en se basant surtout sur les signes physiques susindiqués qu'on évitera l'erreur. La coexistence fréquente de la néphroptose rend le diagnostic plus délicat encore.

VI. Le traitement médical suffira dans la majorité des cas; on fera porter au malade une bonne ceinture et on traitera les troubles généraux de la nutrition.

Lorsque malgré tout les troubles fonctionnels persistent intenses, on sera autorisé à pratiquer l'hépatopexie. Le procédé employé par M. le Dr Gérard-Marchant nous paraît le meilleur à suivre.

VII. Le foie à lobe flottant, dont l'origine paraît être quelquefois le fait d'une malformation congénitale, est souvent en rapport avec une affection de la vésicule biliaire.

VIII. Les signes fonctionnels sont comparables à ceux de l'hépatoptose totale. Le meilleur signe physique est la constatation, dans l'abdomen, d'une tumeur mobile reliée au foie qui, lui, est dans sa situation normale. Le diagnostic avec le rein mobile est souvent fort délicat.

IX. Si les douleurs sont très intenses on sera autorisé à intervenir chirurgicalement. La résection du lobe flottant est une opération à rejeter, on lui préférera la fixation du lobe à la paroi abdominale.

Dans les cas où l'affection est en rapport avec une lésion de la vésicule biliaire, la cholécystotomie permettra de traiter et la vésicule biliaire et le lobe flottant qui s'atrophiera sous l'influence de l'opération.

VU ET APPROUVÉ :

Le président de thèse,

BOUCHARD.

Vu :

Le doyen,

P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

O. GRÉARD.

OBSERVATIONS

A. — Foies mobiles vrais.

OBSERVATION I. — *Hépatoptose*. — *Hépatopexie*. *Guérison*.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE (cité par Gueniot), *Gazette des hôpitaux*,
1^{er} avril 1897.

X..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital Beaujon, service du Dr Lucas-Championnière, le 25 juin 1895. Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses et est ordinairement bien réglée.

Elle a eu trois enfants, il y a quinze ans, treize ans et cinq ans. Au mois de novembre 1894, à la suite du port d'une lourde charge, elle éprouva un malaise, une sensation d'étouffement, une douleur dans le ventre et elle se trouva forcée de supprimer le corset. Puis, le 20 novembre, le malaise augmente, la malade reste au lit une huitaine de jours.

Depuis lors, elle est sujette à une constipation fréquente, elle éprouve de la pesanteur dans le ventre, surtout dans la station debout et la marche, moins lorsqu'elle est couchée. Elle supporte très bien et sans douleurs les aliments. Elle explique fort bien que la douleur du creux épigastrique présente le caractère d'un tiraillement et donne l'idée d'un organe qui pèse. De plus, très intelligente et traduisant très nettement ses sensations, elle déclare qu'elle éprouve un tiraillement en arrière du sternum et jusqu'à la base du cou.

L'examen du ventre montre un prolapsus pariéto-viscéral de l'abdomen, typique, un ventre pendant dans la station debout et couvert de vergetures avec une éventration de la ligne blanche. La palpation permet de saisir le bord antérieur du foie très abaissé, entre les quatre derniers doigts enfoncés sous le foie à travers la paroi abdominale flasque et dépressible et d'autre part le pouce s'appuyant sur la face antérieure de l'organe.

Le foie descend bien au-dessous des fausses côtes, son lobe droit arrive en pleine fosse iliaque. L'organe est en même temps mobile et susceptible de déplacements très sensibles qui se produisent au cours même de l'examen et empêchent de tracer son contour sur la paroi.

M. Lucas-Championnière pratiqua l'hépatopexie le 26 juillet.

Laparotomie médiane, longue incision sus et sous-ombilicale. On ne peut réduire complètement le foie dans l'hypocondre, le cacher sous les côtes à son niveau normal, comme si le diaphragme abaissé y eût fait opposition. Neuf fils de catgut servirent à fixer le foie, quatre pour le lobe droit, trois pour le lobe gauche; les deux autres furent passés dans le ligament suspenseur de manière à le soulever et à le fixer à la paroi.

C'est le bord antérieur du foie bien entendu qui est fixé à la paroi abdominale.

On touche, à l'aide d'une éponge, trempée dans une solution phéniquée forte (1/20), la surface péritonéale et hépatique.

Suites opératoires normales.

La malade, revue quelques semaines après l'opération, était en bon état; les troubles douloureux avaient disparu.

La malade est revue le 1^{er} mai 1897, son état est excellent, tous les phénomènes douloureux ont disparu, le foie est demeuré en place.

OBSERVATION II (résumée). — *Hépatoptose*.

FAMILIANT, 1895.

Femme de 34 ans, six grossesses, pas d'antécédents, sauf des

accès répétés de fièvre palustre; la malade n'a jamais porté de corset. Depuis un an environ, la malade ressent des douleurs abdominales, les digestions sont lentes et pénibles, la constipation opiniâtre. La paroi abdominale est flasque, très relâchée, elle tombe en avant dans la station debout. A droite de l'ombilic, on note un corps assez ferme, volumineux. Sa limite supérieure dépasse de deux travers de doigt l'ombilic; sa limite inférieure, qui est constituée par un bord tranchant assez net, arrive jusqu'à la région inguinale. Lorsque la malade est couchée sur le dos, la paroi abdominale est moins pendante, les limites du corps ferme remontant un peu en haut, on peut passer le bout des doigts entre le bord inférieur de cette tumeur et l'aîne. Grâce à cette manœuvre, on peut percevoir sur le bord inférieur de la tumeur une échancrure rappelant l'incisure interlobulaire.

Rien à signaler aux autres appareils.

Le diagnostic porté est hépatoptose.

OBSERVATION III. — *Hépatoptose. — Pseudo-lithiase biliaire.*

GODART, *Policlinique*, Bruxelles, 1897.

M^{me} T..., malade depuis deux ans.

A cette époque, brusquement elle a été prise de douleurs dans l'hypocondre droit, crise qui a duré environ une heure et demie. Ces phénomènes se sont répétés quatre fois pendant le premier mois, mais cependant moins forts, puis les intervalles ont été plus longs: de deux à trois semaines environ.

Le début de l'accès est caractérisé par une douleur dans le dos, celle-ci est bientôt suivie d'une constriction en ceinture et la douleur finit par se concentrer à l'épigastre.

Au début, la crise finissait brusquement, plus tard, après chaque accès, persistait une douleur sourde et la dernière fois la douleur avait été telle que, le lendemain, la malade éprouvait

encore de la difficulté à manger. Jamais on n'a pu observer d'ictère après les accès.

Comme autres phénomènes à noter, de la constipation opiniâtre, des douleurs dans la nuque, et une résistance à la fatigue beaucoup moindre qu'auparavant, au point même qu'elle ne monte plus les escaliers qu'avec peine.

Le sommeil laisse aussi beaucoup à désirer, ses nuits sont généralement terminées vers deux heures du matin.

Comme commémoratifs, la malade nous dit avoir toujours joui d'une bonne santé avant ces dernières années; son estomac était excellent et sans des vapeurs et des palpitations dont elle se plaint depuis quelque dix ans, elle n'aurait jamais songé à sa santé.

Elle a eu huit enfants et deux fausses couches.

L'examen objectif nous montre une femme d'apparence encore jeune malgré ses 53 ans; le cœur et les organes thoraciques sont normaux. Le ventre est mou, dépressible, couvert de nombreuses vergetures et l'on constate tous les signes de l'entéroptose. Le foie dépasse de trois travers de doigt les fausses côtes, mais la percussion dénote une sonorité très nette sur la plus grande partie de l'aire hépatique, tellement que la matité du foie occupe à peine deux travers de doigt de la cage thoracique sur la ligne mamillaire et deux et demi sur la ligne axillaire. En présence de ces constatations, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de splachnoptose généralisée et à rejeter le diagnostic de lithiase biliaire auquel son médecin avait songé tout d'abord.

D'accord avec ce dernier, je fis porter à la malade une sangle hypogastrique de Glénard et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis environ quinze mois, la malade n'a plus eu d'accès tels que ceux décrits plus haut.

OBSERVATION IV. — *Hépatoptose. — Pseudo-lithiase biliaire.*

GODART, *Policlinique*, Bruxelles, 1897.

M^{me} V., âgée de 39 ans, se plaint depuis quatre ou cinq

ans de douleurs dans l'estomac en forme de crampes qui irradient dans le dos et les flancs. Ces douleurs présentent de grandes intermittences et les intervalles de bien-être dépassent les périodes pendant lesquelles la malade souffre. Dans ces mauvais moments, la douleur persiste toute la journée dans le dos, elle est parfois si intense qu'on ne peut la calmer que par la morphine. Les fatigues forment la cause occasionnelle la plus fréquente de ces accès.

Il existe de l'inappétence, mais les repas ne sont pas suivis de phénomènes particuliers, la constipation est souvent opiniâtre. La malade a beaucoup maigri, souffre de palpitations fréquentes et se plaint de ne plus pouvoir dormir. Elle peut se coucher sur le dos et le côté droit, mais elle ne peut supporter le décubitus sur le côté gauche qui la fait souffrir. A noter en outre de l'engourdissement fréquent aux pieds et aux mains; souvent une sensation de froid aux pieds.

Pas d'antécédents du côté des organes génitaux; la malade a eu 13 enfants.

L'examen objectif permet de constater que le ventre est très flasque, couvert de nombreuses vergetures. La palpation profonde permet de faire constater dans le flanc droit une masse profonde que l'on peut faire mouvoir assez facilement. On délimite profondément le bord du foie à deux bons travers de doigt au-dessous du rebord costal. La limite supérieure du foie est abaissée au point que l'aire de matité occupe tout au plus deux travers de doigt de la cage thoracique sur la ligne mamillaire.

La ligne de percussion supérieure est à la huitième côte sur la ligne mamillaire, à la dixième sur la ligne axillaire, à la septième sur la ligne parasternale; sur la ligne médiane elle atteint la pointe du sternum. En déplaçant la malade les limites changent beaucoup. On ne sent pas de rein mobile.

Diagnostic. — Foie mobile, pseudo-lithiase.

Traitement. — Port d'une ceinture abdominale et traitement général de l'entéroptose.

La malade n'a pas été revue depuis l'application du traitement.

OBSERVATION V (résumée). — *Hépatoptose*. — *Hépatopexie*.
Guérison.

FRANKE, *Centralblatt für chirurgie*, 1896.

Femme de 23 ans. Depuis un an la malade se plaint de douleurs variables dans la cavité abdominale. Elle sent en même temps une tumeur qui se déplace dans son ventre. A la palpation on sent au-dessous des côtes une tumeur du volume du poing très mobile. On porte le diagnostic de rein mobile malade et on décide de faire une néphropexie. Incision lombaire à cet effet, mais on reconnaît l'erreur de diagnostic, le rein étant normalement placé. On reconnaît qu'il s'agit du foie et on pratique la laparotomie. On incise la paroi abdominale parallèlement au rebord costal. On trouve le foie abaissé dans sa totalité et mobile. On replace le foie dans sa position normale et on le fixe à la paroi abdominale par neuf fils de catgut placés à environ un centimètre et demi du bord antérieur. La malade quitte l'hôpital un mois après l'opération, le foie est en position normale, les douleurs ont disparu.

OBSERVATION VI (résumée).

MÊME AUTEUR.

Femme de 41 ans, présentant des douleurs abdominales avec perte d'appétit, malaises, vomissements, diarrhée, douleurs stomacales, amaigrissement. La palpation permet de reconnaître dans l'hypocondre droit une tumeur mobile; on porte le diagnostic de rein mobile et l'on pratique une néphropexie. Suites opératoires normales, mais les mêmes phénomènes douloureux réapparurent. On trouve toujours dans le côté droit une grosse tumeur mobile. Cette fois on porte le diagnostic de foie mobile.

On pratique une laparotomie et on incise la paroi abdominale

parallèlement au rebord costal. Le foie était abaissé dans sa totalité et présentait en plus un lobe étranglé, gros comme le poing, très mobile et rattaché au lobe droit. On éprouve quelque difficulté pour réduire le foie dans sa position. On suture le lobe étranglé au bord supérieur de la plaie par cinq sutures, on fixe également le lobe gauche par trois ou quatre sutures. Suites opératoires normales. Guérison complète ayant persisté jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VII (résumée). — *Hépatoptose. — Hépatopexie.*
Mort par péritonite aiguë.

DESGUIN, *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1892.

Femme de 23 ans, souffre depuis deux ou trois années de douleurs dans le flanc et l'hypocondre droits. Ces douleurs sont devenues intolérables au point que la malade menace d'attenter à ses jours. Foie mobile. Laparotomie, on se propose de fixer la capsule du foie au péritoine pariétal et de raccourcir le ligament falciforme. Des accidents chloroformiques éclatèrent, et on referma au plus vite le ventre en fixant tant bien que mal le foie à la paroi. Mort par péritonite aiguë.

OBSERVATION VIII (résumée). — *Hépatoptose. — Hépatopexie*
avec reconstitution de la paroi abdominale. — Guérison.

DEPAGE. *Bruxelles*, 1893.

Femme de 67 ans, présentant depuis plusieurs années des crises douloureuses abdominales s'accompagnant de subictère et de vomissements. Au dire de la malade, elle ne peut plus travailler depuis près de 20 ans à cause de ses douleurs.

Le foie est abaissé, son bord inférieur arrive presque jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La paroi abdominale est très relâchée.

DUVERNOY.

Incision de la paroi abdominale suivant un procédé spécial à l'auteur. (Voir *traitement*).

Le ligament ombilical est suturé dans l'angle supérieur de la plaie abdominale de manière à le raccourcir fortement. Les bords de l'incision cutanée réunis lui donnent la forme d'un T.

Suites opératoires normales.

La malade est revue le 1^{er} mai 1896. Elle n'a plus ressenti la moindre douleur, elle travaille actuellement sans éprouver la moindre douleur; son état général est excellent.

A l'examen le ventre est arrondi, légèrement proéminent; il n'y a pas trace d'éventration. A la palpation on parvient à sentir le bord inférieur du foie, qui est situé à deux ou trois travers de doigt plus bas que normalement. En haut, la matité absolue se limite à la huitième côte sur la ligne mamillaire.

OBSERVATION IX (résumée). — *Hépatoptose. — Éventration. — Hépatopexie et réfection de la paroi. — Guérison.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 36 ans, souffre depuis longtemps de douleurs très vives dans l'abdomen. Troubles digestifs consistant en digestions lentes et pénibles, constipation opiniâtre, subictère. Eventration abdominale, paroi flasque et relâchée. On sent dans la partie droite de l'abdomen une tumeur mobile dont le bord inférieur, qu'on reconnaît pour le bord postérieur du foie, descend jusque dans la fosse iliaque.

Même intervention que dans l'observation précédente. Suites opératoires normales.

La malade, revue en 1896, n'a plus jamais éprouvé de douleurs, tandis qu'avant l'opération elle avait la main constamment portée à la région hépatique, tant ses souffrances étaient fortes. Les digestions se font d'une façon normale. Le ventre est un peu proéminent, la peau tendue, il n'y a pas trace d'éventration.

Le foie dans son ensemble est situé plus bas que normalement, mais sa direction est normale. On ne sent plus la tumeur formée par son bord postérieur.

OBSERVATION X. — *Luxation complète du foie et du rein droit. — Fixation des deux organes au moyen d'un sac péritonéal artificiel. — Guérison.*

PÉAN, *Congrès de chirurgie*, 1896.

Femme de 29 ans, réglée à 15 ans, mariée à 21 ans, deux enfants bien portants.

La malade se plaint depuis deux ans de douleurs abdominales très intenses, de troubles digestifs allant jusqu'aux vomissements et de désordres du côté des voies urinaires. Ces douleurs ont attiré l'attention de plusieurs confrères du côté de la fosse iliaque et bien que celle-ci soit en partie masquée par le muscle droit antérieur de l'abdomen, séparé de son congénère par une éventration, il est possible, mais non sans y mettre quelques soins, de reconnaître au-dessous de ce muscle, dans la fosse iliaque, une tumeur réniforme très mobile qu'on peut facilement faire passer sous les côtes. Au palper la forme et la consistance de la tumeur sont si bien celles d'un rein hypertrophié et luxé dans le bassin que ce diagnostic n'a été mis en doute par aucun de ceux qui l'ont examiné.

En raison des douleurs, la malade exige l'intervention chirurgicale.

Opération le 30 juin 1896. Vu le siège pelvien de la tumeur je donne la préférence à l'incision transversale. La section est faite d'arrière en avant du bord antérieur du carré lombaire dans la direction de l'ombilic, sur une longueur de 15 centimètres. Elle met à nu le péritoine pariétal. A ce moment, je suis surpris de voir que ce feuillet séreux est refoulé en dehors, en avant et en arrière beaucoup plus qu'à l'état normal et surtout que dans les cas où le rein descend dans le bassin; dans ce dernier

cas, en effet, le portion latérale du péritoine pariétal tend à s'écarter de plus en plus des muscles, et il est facile de la reporter en dedans avec le doigt, en la décollant un peu dans la direction du rein. Chez notre malade il n'en est pas ainsi, la tumeur mobile n'est pas extra-péritonéale ; elle est manifestement placée à l'intérieur de la séreuse, bien qu'elle simule un rein hypertrophié, et une fenêtre pratiquée dans la séreuse est nécessaire pour compléter le diagnostic. Je vois aussitôt que c'est le foie lui-même qui a refoulé le feuillet péritonéal en dehors, beaucoup plus qu'à l'état normal, et qu'il est mobile au point qu'on peut à volonté le faire descendre dans le bassin ou le remonter sous les côtes. Quant au rein lui-même, il est impossible de savoir à ce moment où il est situé. En déprimant la portion supérieure de la tumeur, je reconnais que c'est la face supérieure du foie qui est descendue dans le bassin, que la veine cave est repliée sur elle-même, que le ligament suspenseur est très allongé, vascularisé, et qu'il est complètement impossible de voir la face inférieure de la vésicule biliaire et ses canaux excréteurs. En la relevant jusqu'à la remonter sous les côtes, la face inférieure du foie se trouve comme dépliée et on voit apparaître la vésicule et ses canaux, de couleur blanchâtre, remplis d'un liquide peu coloré, reprenant aisément leur position normale. Dans leur ensemble, tous ces organes sont plutôt de volume moindre qu'à l'état normal ; à coup sûr, il n'y a pas trace d'hypertrophie pour expliquer la chute du viscère.

La réduction du foie opérée, il s'agissait de la maintenir. Tout d'abord je fais soutenir le foie par la main d'un aide et je renonce à le transfixer avec des fils de soie, comme je l'ai souvent fait pour des déplacements de petits lobes hépatiques ou dans les cas d'excision partielle de la glande, quand il s'agissait d'hémorragies que ne pouvaient arrêter ni le pincement ni les cautérisations. En rattachant le foie aux côtes, on a pu, il est vrai, obtenir une bonne hémostase et des adhérences solides, mais pour un déplacement aussi considérable que celui que nous avons sous les yeux, il faudrait transfixer profondément toute la masse du viscère sur plusieurs points et s'exposer ainsi à produire de

graves désordres. Je pense que le mieux est de créer au-dessous du foie une cloison séreuse artificielle, transversale, d'une longueur suffisante pour prévenir tout déplacement ultérieur. J'y parviens sans difficulté, en adossant immédiatement au-dessous de l'organe réduit, le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-latéral, au moyen de fils de soie à anses séparées, comprenant les séreuses et partout où cela est possible une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ou fibreux. Je renforce ensuite cette suture par un surjet de catgut.

Ainsi se trouve formé un plancher solide, séparant complètement la nouvelle loge hépatique du reste de la grande séreuse et ne gênant en rien le bon fonctionnement des canaux biliaires. Le cloisonnement artificiel a été d'autant plus facile à établir que la glande hépatique, en se luxant dans le bassin, avait repoussé devant elle le côlon ascendant et le côlon transverse de droite à gauche et qu'elle avait largement dilaté toute la séreuse du côté latéral droit de l'abdomen.

Bien entendu, les aiguilles et les fils qui ont servi aux sutures ont été passés par l'ouverture faite au péritoine au niveau de l'incision abdominale; cela nous permet de refermer ensuite la plaie péritonéale par un nouveau surjet de catgut et d'intercepter toute communication de sa cavité avec l'extérieur.

On recherche ensuite le rein droit qu'on trouve au devant de la première vertèbre sacrée; réduction facile du rein dans sa position normale et création au-dessous de son extrémité inférieure d'un sac de soutien séro-fibro-musculaire fait en incisant le muscle transverse verticalement et en reliant, par des sutures de soie à anses séparées et par des surjets de catgut, la face profonde du péritoine pariétal déjà décollé aux bords sectionnés de l'aponévrose profonde du muscle transverse.

Les suites de cette double opération furent excellentes. Le premier jour la température ne dépasse pas 37°,5, le second elle monte à 38°,5, pour redevenir et rester normale pendant la convalescence. Le premier pansement est fait le sixième jour et renouvelé à plusieurs reprises. Le tube de drainage qu'on avait mis

à la partie inférieure et déclive de la plaie est retiré le douzième jour ; la suppuration, qui est abondante les premiers jours, est presque tarie le vingtième.

Mais à ce moment, je vois, à ma grande surprise, apparaître une fistule urinaire (néphro-cutanée) due au passage d'un fil de soie qui m'a servi à transfixer le rein, et qui donne jusqu'à un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures.

Grâce à quelques cautérisations au nitrate d'argent, cet écoulement disparaît au bout d'un mois. Depuis cette époque la malade est complètement guérie.

OBSERVATION XI (résumée). — *Hépatoptose*. — *Hépatopexie*.
Guérison.

AREILZA, *Rivista di medicina y cirurgica pratica*, juillet 1896.

Femme de 20 ans, présentant une tumeur hépatique énorme située dans l'hypocondre droit, lisse, mobile avec crises douloureuses, vomissements et ictère. On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie et on décide de faire une laparotomie.

Le ventre étant ouvert, on trouve un foie normal mais mobile, on le fixe à la paroi abdominale avec quatre fils de soie. Cautérisation des organes au thermocautère pour obtenir de solides adhérences.

La malade revue cinq ans après l'opération est en bon état et le foie est demeuré fixé en place.

OBSERVATION XII (résumée). — *Hépatoptose*. — *Néphroptose*.
Hépatopexie. — *Néphropexie*.

TRÈVES, *British medical Journal*, 1896.

Jeune fille de 22 ans, dont on relève dans les antécédents un ulcère de l'estomac, il y a six ans ; néphroptose du rein droit, pour laquelle on la traite par le massage et un régime, puis on fit, en 1891, une néphropexie.

Malgré l'opération, la malade continua à souffrir, elle avait des douleurs abdominales vives et incessantes, des vomissements acides très fréquents. Affaiblissement et amaigrissement marqués.

Dans le décubitus dorsal, l'aire de la matité hépatique occupe son siège normal, mais dans la position debout, le foie est abaissé de deux pouces (environ 6 centimètres). L'estomac et toute la masse gastro-intestinale semblent également descendre. Il y a un certain degré de résistance avec sensibilité à la pression, au niveau de la partie transversale du duodénum. La rate prend part à la ptose rénale.

On se décide à pratiquer l'hépatopexie.

Au cours de l'opération on trouva de la tuberculose des ganglions mésentériques. Le foie débordait les côtes et pouvait être poussé en bas à un degré remarquable. Le résultat de l'hépatopexie fut satisfaisant.

OBSERVATION XIII (résumée). — *Hépatoptose. — Néphroptose double. — Hépatopexie. — Double néphropexie.*

WINSON RAMSAY, *British medical Journal*, 8 mai 1897.

Femme de 39 ans, présente comme antécédents morbides une fièvre typhoïde à 18 ans et un ulcère gastrique entre 20 et 25 ans; trois enfants dont le plus jeune a 4 ans. Deux ans avant sa maladie actuelle, qui date d'environ un an et demi, elle a eu une attaque d'influenza. Elle se plaint maintenant de douleurs abdominales la forçant à un repos relatif et de troubles gastro-intestinaux.

Dans la station debout, on reconnaît que le foie, qui lorsque la malade était couchée dans le décubitus dorsal occupait une situation presque normale, pivotait autour de son lobe gauche, de telle sorte que le lobe droit tombait jusqu'à occuper la partie moyenne de l'abdomen près de l'ombilic. Il était mobilisable autour de son axe, le lobe droit pouvant être abaissé vers la partie gauche de l'hypogastre ou remonté dans sa position normale. Il

semblait plus mince qu'à l'état normal et était légèrement sensible à la pression. Ces mouvements provoquaient de suite des nausées et des vomissements. La palpation bi-manuelle permettait de reconnaître un rein mobile à droite comme à gauche.

Néphropexie gauche, puis dix mois après, néphropexie droite et deux mois après hépatopexie, devant la persistance des phénomènes douloureux.

OBSERVATION XIV (résumée). — *Hépatoptose. — Hépatopexie. Guérison.*

LANGENBUCH, *Deut. med. Wochenschrift*, 1891.

Il s'agit d'une femme qui, opérée antérieurement par la néphropexie lombaire pour rein mobile droit, présenta de nouveau des accidents douloureux localisés à la partie droite de l'abdomen et irradiant aux parties voisines. La palpation faisait constater dans la portion supérieure droite de l'abdomen une tumeur solide mobile qu'on prit pour une récidive du rein mobile.

On fait une incision lombaire qui montre que la tumeur appartient au foie, le rein est bien fixé. On fait alors une laparotomie latérale, et on constate l'existence d'un foie mobile total. On fait alors une incision transversale de la paroi abdominale répondant au rebord costal. On réduit le foie en situation normale et on passe à travers le bord inférieur huit fils de soie, on les fixe à la paroi abdominale.

Hémorragie à peu près nulle.

La malade était rétablie six semaines après l'opération et, trois mois après, le résultat était excellent : la malade ne souffrait plus.

OBSERVATION XV (inédite), due à l'obligeance de M. le D^r POTHERAT. — *Foie transposé et abaissé.*

Service du D^r POTHERAT, *Hospice de la Salpêtrière*, mars 1895.

Femme de 33 ans, envoyée au D^r Potherat à la Salpê-

rière par un médecin des environs de Paris qui avait constaté une tumeur abdominale.

C'est une femme grande, vigoureuse, bien constituée, d'une santé habituelle excellente, ne présentant pas d'antécédents dignes d'être notés.

A l'occasion d'une affection banale, son médecin, ayant eu l'occasion de palper son ventre, y trouve une tumeur dont la malade n'a jamais souffert, et dont elle ignorait même l'existence.

A l'examen, on constate dans le flanc gauche et dans la région latérale gauche de l'abdomen une tumeur à grand axe vertical, descendant en bas jusqu'au voisinage de la région iliaque, plongeant en haut sous le rebord des fausses côtes, se perdant en arrière vers la région lombaire et s'étendant en avant jusqu'au niveau de l'ombilic et de l'épigastre.

Cette tumeur est lisse à sa surface; au niveau de sa limite antérieure, il est facile de constater qu'elle est aplatie et que là, au niveau d'un bord tranchant, commence une autre face, postérieure par rapport à la première. En haut la percussion montre que la tumeur ne remonte pas plus haut, que le neuvième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire; cette même percussion montre qu'il n'y a pas d'intestins entre la tumeur et la paroi abdominale.

Sans entrer dans plus de détails, il suffira de dire, pour faire apprécier l'aspect extérieur de cette tumeur, que, par sa consistance, sa disposition, sa forme générale, elle rappelait très exactement un foie qui aurait subi un mouvement de bascule dans le sens vertical et qui d'autre part, non seulement occuperait le côté gauche mais serait situé plus bas par rapport au thorax. Ajoutons qu'on peut imprimer facilement à la tumeur des mouvements de latéralité et cela sans éveiller de douleurs.

L'idée vint de suite au Dr Potherat qu'il pouvait s'agir d'un foie transposé. Effectivement, à droite dans l'hypocondre, on constatait très manifestement une sonorité remontant jusqu'au septième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire, et d'autre part, l'auscultation faite à ce niveau en avant et en ar-

rière, pendant la déglutition des liquides, démontrait par les bruits recueillis qu'il s'agissait à n'en pas douter de l'estomac.

Les recherches faites pour s'assurer s'il existait d'autres transpositions d'organes furent négatives, le cœur en particulier occupait sa situation normale.

OBSERVATION XVI (inédite), due à l'obligeance de M. le
D^r POTHERAT. — *Hépatoptose*. — *Néphroptose double*.
— *Entéroptose*.

M^{me} X..., 26 ans, cultivatrice, vient trouver le D^r Potherat parce que depuis environ un an elle éprouve, quand elle veut se livrer aux travaux des champs et particulièrement se baisser, des douleurs de plus en plus vives qui l'empêchent de travailler.

En outre, les fonctions urinaires sont troublées, mais d'une façon intermittente, enfin les fonctions digestives s'exécutent mal et en ces derniers temps la marche elle-même est devenue pénible, la malade ne se trouve bien que lorsqu'elle demeure dans le décubitus dorsal.

C'est une femme de petite stature, pas trop amaigrie, mais un peu pâle et dont la figure porte l'empreinte de la souffrance. Interrogée sur ses antécédents, elle n'accuse aucune maladie antérieure. Mariée il y a six ans, elle a eu, dans l'espace de moins de cinq ans, quatre enfants dont les deux derniers étaient extrêmement volumineux, surtout pour une femme de sa stature : ils pesaient l'un 4^{kg},500, l'autre 5^{kg},500.

C'est à ses couches, bien que normales, que la malade fait remonter l'origine de tous ses accidents. D'ailleurs, aucun trouble utérin, les règles sont normales, pas de leucorrhée, et, pour le dire de suite, l'examen n'a révélé de ce côté rien d'autre qu'un périnée fortement déchiré avec un peu de rectocèle, mais sans cystocèle ni prolapsus utérin.

L'examen du thorax montre également des viscères à l'état normal, il n'en est pas de même du côté de l'abdomen.

A l'inspection du ventre un premier fait frappe de suite. C'est l'état de flaccidité absolument excessif de la paroi abdominale, dont les moyens de contention semblent avoir perdu toute action ; c'est tout juste si les droits antérieurs forment encore, quand on fait asseoir la malade, une saillie appréciable, mais entre ces muscles qui sont très écartés et surtout en dehors d'eux, la paroi débordé considérablement sous le simple poids des viscères.

A la palpation profonde il est aisé de constater qu'il y a une ptose générale des intestins et même de l'estomac et de la rate qu'on arrive à percevoir aisément au-dessous du rebord des fausses côtes.

Les deux reins sont mobiles, celui du côté droit descend au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, celui du côté gauche un peu moins bas ; ils rentrent d'ailleurs très facilement dans la fosse lombaire d'où ils s'échappent de nouveau, pour peu que la malade se lève.

Le foie débordé le rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire droite d'un peu plus de trois travers de doigt. Grâce à la flaccidité de la paroi abdominale, il est facile de le saisir entre le pouce d'une part et les quatre autres doigts profondément enfoncés dans l'abdomen d'autre part. On peut sans difficulté le refouler en haut, au point de le réintégrer presque en totalité sous les fausses côtes ; cette manœuvre s'effectue sans provoquer de douleur ; il ne paraît pas en outre être déplacé dans le sens transversal. Dès que la malade se met dans la station debout le foie s'abaisse de nouveau.

Les troubles urinaires consistent en une diminution notable des urines, n'allant pas jusqu'à l'anurie, survenant d'une façon intermittente et plus particulièrement lorsque la malade a marché ou a voulu travailler baissée, le corps plié en deux.

Les troubles digestifs sont en réalité peu marqués, ce sont simplement des digestions lentes, pénibles, avec éructations d'ailleurs non acides et constipation habituelle.

La malade, sur le conseil du Dr Potherat, s'est fait faire une sorte de maillot en tissu élastique très serré, prenant le ventre

et la partie inférieure du thorax ; il est laccé en avant et fixé en bas par des sous-cuisses. On se réservait, si ce moyen ne suffisait pas, de recourir à une intervention chirurgicale.

Six mois après, la malade se déclarait satisfaite de son état et nullement disposée, en raison de l'amélioration obtenue, à recourir à une opération. Depuis cette époque (1894) la malade a été totalement perdue de vue.

OBSERVATION XVII (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr BAZY. — *Hépatoptose*. — *Néphroptose*. — *Néphropexie*.

L... , ménagère, 42 ans, entrée le 26 mars 1897, salle Delessert, hôpital Tenon, service du Dr Bazy.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de vessie (epithelioma), mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement, sans souffrir. A eu 7 enfants, le premier à 24 ans, le dernier à 31 ans ; cinq enfants sont vivants, deux sont morts, l'un à deux mois, l'autre à cinq mois, toutes les couches ont été normales.

Depuis 7 ans, la malade souffre de l'estomac, et dès cette époque elle ressent également des douleurs dans la région du rein droit.

Il y a cinq ans elle a subi un curettage pour métrite, dans une clinique privée, elle a continué néanmoins à avoir un peu de leucorrhée.

Depuis plusieurs mois la malade a vu ses douleurs augmenter, au mois de juin et d'octobre 1896 elle eut des crises de coliques néphrétiques ; en juin elle a rendu, dit-elle, dans ses urines un calcul et des sables rouges. Les douleurs abdominales et lombaires sont devenues vives au point d'interdire à peu près tout travail à la malade qui entre dans le service du Dr Mathieu, il y a 15 jours ; M. Mathieu diagnostiqua un rein mobile, et conseilla à la malade d'entrer dans le service du Dr Bazy.

C'est une femme de taille moyenne, très amaigrie; elle se plaint de douleurs presque continues dans l'abdomen, mais surtout dans l'hypocondre et le flanc droits, ainsi que dans la région lombaire du même côté. Ces douleurs présentaient aussi des exacerbations survenant par crises à l'occasion d'une fatigue. Elle était alors parfois 7 à 8 heures sans uriner, d'autres fois la fréquence des mictions était augmentée: la malade urinait toutes les heures, principalement la nuit.

A certains moments l'urine était trouble et présentait un dépôt blanchâtre, la malade souffrait pendant la miction.

Depuis qu'elle est au repos, les douleurs abdominales sont moins vives, le décubitus latéral droit produit une sensation de gêne, le décubitus latéral gauche est impossible, à cause de la douleur.

L'état général est mauvais, état neurasthénique très marqué, impossibilité de se livrer à aucun travail; dès que la malade est debout elle a des vertiges et une sensation de refroidissement.

L'amaigrissement est très marqué, l'appétit est mauvais, les digestions lentes et difficiles, la constipation opiniâtre; la malade est au régime lacté depuis quelque temps, ce qui semble avoir amélioré l'état de son estomac.

A l'examen du ventre, on trouve une paroi abdominale un peu relâchée, mais il n'y a pas d'éventration. Toute la région de l'hypocondre, du flanc droit et de la fosse iliaque du même côté est douloureuse surtout près de l'ombilic.

La palpation permet de sentir du même côté un empâtement très douloureux, sans qu'il soit possible de sentir le rein mobile, mais la palpation bimanuelle le fait sentir, il paraît augmenté de volume et est douloureux.

L'utérus ne présente rien d'anormal, la muqueuse des culs de sacs est un peu indurée, le toucher ne permet pas de sentir les uretères.

Urine limpide, pas d'albumine.

Rien d'anormal aux autres appareils, ni varices, ni œdème des membres inférieurs; jamais d'ictère.

En présence de symptômes neurasthéniques aussi accusés, M. Bazy hésite à intervenir, se demandant s'ils sont vraiment en rapport avec la ptose rénale.

L'état ne s'améliorant pas, il se décide à intervenir et fait une néphropexie le 17 mai 1897, c'est-à-dire après avoir tenu près de deux mois la malade en observation.

L'espace costo-iliaque étant considérable, l'incision, au lieu de se diriger vers la partie la plus élevée de la crête iliaque, se dirige à 2 centimètres au-dessus; l'incision reste tout de même très oblique. La région rénale est mise complètement à découvert, et l'on voit immédiatement le bord droit du foie descendant très bas, et derrière lui le rein droit dont l'extrémité supérieure se trouve à 3 centimètres au-dessous de l'angle costo-musculaire. La capsule adipeuse est très mince, la mobilité du rein est très grande, on le fait remonter très facilement de façon à le cacher presque complètement sous le rebord costal. On remarque d'une manière très nette que pendant ces mouvements le foie subit des mouvements d'ascension à peu près parallèles, de sorte qu'il paraît inutile de faire l'hépatopexie, en même temps que la néphropexie. Fixation du rein par trois points de sutures à la soie et un catgut.

Suites opératoires bonnes, sauf légère suppuration due à un fil. Lorsque la malade sort de l'hôpital son état est très amélioré, elle souffre beaucoup moins, et a repris de l'embonpoint. Le rein est bien fixé, le foie toujours mobile, on conseille à la malade de porter une ceinture abdominale. Sortie de l'hôpital, 14 juin 1897.

La malade est revue le 22 décembre 1897. Depuis l'opération les crises douloureuses avec urines rares ont complètement cessé, mais la malade ressent encore des douleurs de temps à autre dans le côté droit. Ces accès douloureux qui s'accompagnent de nausées, éclatent soit à l'occasion d'une fatigue, soit surtout au moment des règles.

L'état général est assez bon, la malade a engraisé, elle a pu reprendre ses occupations; en somme, elle est très améliorée;

elle continue à porter une ceinture abdominale dont elle se trouve bien. La région hépatique est en partie sonore à la percussion, la limite supérieure du foie est oblique de gauche à droite et de haut en bas.

La matité hépatique commence sur la ligne médiane à peine à un travers de doigt au-dessus du bord cartilagineux des côtes. Au niveau de la 11^e côte, la matité commence à environ 4 centimètres au-dessus de son extrémité antérieure et à environ 5 centimètres au-dessus de l'extrémité antérieure de la 12^e côte.

La palpation de l'abdomen dans son entier est douloureuse. On peut reconnaître que l'hypocondre droit est rempli par une masse volumineuse de consistance ferme. Sa limite inférieure constituée par un bord tranchant s'étend selon une ligne qui part à environ 2 centimètres au-dessus de l'ombilic et descend obliquement à environ 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A droite, on sent assez nettement le bord antérieur du foie, il ne paraît pas induré; à gauche et au niveau de l'ombilic les sensations sont moins nettes.

La palpation bimanuelle du foie est douloureuse, on n'arrive pas à sentir le rein.

Les mictions sont toujours fréquentes, environ toutes les heures et demie. Les urines sont limpides.

L'état du tube intestinal a peu varié: les digestions sont toujours lentes, il y a toujours un peu de constipation.

Le toucher vaginal donne les mêmes résultats qu'au mois de mars.

OBSERVATION XVIII (inédite, résumée), due à l'obligeance de M. le D^r MATHIEU. — *Neurasthénie*. — *Troubles dyspeptiques*. — *Hépatoptose*.

M^{me} X., 37 ans, souffre depuis un an de troubles stomacaux. Une demi-heure après les repas, constriction pénible à l'épigastre sans douleurs vraies; étourdissements, palpitations, jamais de vomissements, jamais de nausées, constipation marquée.

Symptômes neurasthéniques, fatigue au réveil, céphalalgie, insomnie, idées mélancoliques.

Région épigastrique sensible à la palpation, pas de clapotage; paroi abdominale très relâchée.

La matité supérieure du foie commence à la 9^e côte, le bord inférieur du foie est nettement perceptible au niveau de l'ombilic. On peut facilement le remonter sous les fausses côtes.

OBSERVATION XIX (inédite, résumée), due à l'obligeance de M. le D^r MATHIEU. — *Hyperchlorhydrie. — Hépatoptose.*

M^{me} X., 48 ans. Depuis trois ans, douleurs d'estomac. Appétit assez bon, mais après le repas, sensation de poids, de lourdeur, avec gonflement, flatulence, envie de dormir, étouffements.

Depuis un an, brûlures au niveau de l'estomac, douleurs en ceinture, éructations abondantes. En plus malade très nerveuse. A l'examen du suc gastrique, hyperchlorhydrie très marquée.

Ventre en dôme, parois flasques, clapotage stomacal.

La matité supérieure du foie est abaissée, son bord inférieur est abaissé de quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. On peut le remonter assez facilement.

**B. — Maladies du foie avec abaissement
et mobilité.**

OBSÉRVATION I (résumée). — *Lithiasé biliaire,
Foie abaissé.*

GODART, *Policlinique*, Bruxelles, 1897.

Femme de 40 ans, présentant depuis plusieurs années les symptômes de la lithiasé biliaire : crises de coliques hépatiques, avec matières décolorées et urines très colorées : gastralgie, subictère, vomissements biliaires fréquents.

Dans le flanc et l'hypocondre droits, on sent par la palpation une tumeur lisse mobile dont le bord inférieur tranchant est situé à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Diagnostic : lithiasé biliaire, foie abaissé.

OBSÉRVATION II. — *Diabète. — Foie abaissé.
Rein mobile.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 56 ans, présentant depuis trois mois des signes de diabète, polydipsie, sécheresse de la bouche, glycosurie, polyurie, amaigrissement.

Paroi abdominale relâchée, éventration de trois travers de doigt. Le foie est abaissé, son bord inférieur est à trois travers de doigt sous le rebord costal, le bord supérieur se trouve sur la ligne axillaire antérieure, à la 10^e côte, à la 9^e sur la ligne mammaire, à la 6^e sur la ligne parasternale.

Le rein droit est flottant dans la fosse iliaque et le flanc droit.

Diagnostic : diabète, foie abaissé.

DUVERNOY.

OBSERVATION III. — *Cirrhose du foie et hépatoptose.*
Hépatopexie et cholécystotomie. — Guérison.

Par M. HENRY DELAGENIÈRE (du Mans). *Société de chirurgie*, 1897.

La nommée S., âgée de 30 ans, maîtresse d'hôtel, à Sillé-le-Guillaume, m'est adressée les premiers jours de janvier 1896 par mon confrère, le D^r Colin.

Son père est mort d'une affection cardiaque et sa mère d'une attaque d'apoplexie. Elle a toujours eu une santé frêle et a longtemps souffert d'une adénite tuberculeuse du cou. Elle a été réglée à 13 ans. Sa menstruation a toujours été régulière. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 2 ans $1/2$. Elle accuse des habitudes éthyliques tenant à sa profession. Elle estime qu'elle boit en moyenne de 5 à 6 litres de vin par jour.

Il y a 18 mois, elle éprouva une grande faiblesse générale, ses règles se suppriment et ne reparaissent qu'au bout de six mois. En juillet 1895, son ventre augmente de volume d'une façon progressive et sans déterminer de douleurs. En octobre de la même année, nouvel arrêt des règles et augmentation rapide du volume du ventre.

État avant l'opération. — La malade est cachectique. Elle a l'aspect d'une strumeuse. Elle est extrêmement faible, n'a pas d'appétit, et vomit les aliments solides, elle se plaint d'une douleur constante au creux de l'estomac, elle n'a jamais eu de jaunisse, mais a éprouvé des douleurs contusives localisées au côté droit. Jamais de coliques néphrétiques, les urines sont tantôt rares, tantôt très abondantes, elle affirme qu'elles contenaient du pus lorsque la sécrétion urinaire était réduite à son minimum.

A l'analyse, traces très légères d'albumine et dépôt floconneux contenant un peu de pus.

État local. — Le ventre est distendu du côté droit par une tumeur volumineuse. Cette tumeur se continue en haut avec le foie, elle dépasse la ligne médiane de deux travers de doigt, enfin

elle descend jusque dans la fosse iliaque droite. Elle est dure, rénitente, douée d'une légère mobilité, elle est absolument indépendante des organes génitaux, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en examinant la malade dans la position déclive.

Opération le 16 janvier 1896. L'éther est donné par le Dr Colin. Je suis assisté par le Dr Bolognési ; sont présents les Drs Maugenot et Peltier,

Sur le bord externe du muscle droit, du côté droit, je fais une incision verticale de 0^m,15 en partant du bord costal. La séreuse ouverte, je reconnais que la tumeur n'est autre que le foie. Cet organe est rouge jaunâtre, d'aspect grassex. La surface externe présente des bosselures du volume d'une noix. Le bord tranchant est en bas, et en l'accrochant, je puis soulever l'organe dont la mobilité est manifeste, il est en même temps augmenté de volume. Le ligament suspenseur du foie est énormément hypertrophié et a l'aspect œdémateux ; il paraît s'étendre de haut en bas de l'ombilic vers le rebord du foie. En soulevant l'organe et en le refoulant en haut, le ligament se tend et reprend sa forme normale. La main, introduite sous le diaphragme, rencontre le bord postérieur du foie qui est devenu supérieur et paraît retenu en arrière par une sorte de méso qui n'est autre que le ligament coronaire très allongé et attiré en avant. Dans son ensemble, le foie a conservé sa forme, mais il est très augmenté de volume, l'encoche de la vésicule est très accentuée, la vésicule elle-même paraît volumineuse et ses parois présentent un aspect œdémateux particulier. On ne trouve aucun calcul dans les voies biliaires. La réduction de l'organe à sa place normale est facile, il suffit de soulever le foie en haut et de repousser le bord postérieur en arrière, cette réduction est encore facilitée quand on place la malade dans la position déclive, on arrive ainsi à faire presque affleurer le rebord costal et le bord tranchant du foie.

En raison de l'altération du parenchyme hépatique d'une part, et du déplacement de l'organe d'autre part, je me propose d'établir une fistule biliaire temporaire afin d'agir sur la cirrhose commençante et de fixer le foie dans sa position normale. Cette

fixation me paraît facile à réaliser en fixant le bord tranchant de l'organe au rebord costal; en arrière, le foie ne pourra glisser, retenu par le ligament coronaire et en avant, la paroi costale fournira un point d'appui suffisant.

Fixation du foie. — La glande est refoulée en haut dans sa position normale de façon que le fond de la vésicule réponde à l'ouverture abdominale. En dehors de l'échancrure, sur la face convexe du foie, je place 6 catguts destinés à la fixation de l'organe, selon la méthode enseignée par le professeur Guyon pour la fixation du rein. Ces fils sont distants les uns des autres environ de 15 centimètres. Chaque fil est double et un nœud est fait à son entrée et à sa sortie du parenchyme. Quatre sont à faux fil, deux en anse simple. Leurs anses plongent dans le tissu hépatique à 1 centimètre de profondeur et il y a 20 à 25 millimètres entre l'orifice d'entrée et celui de sortie. Chaque faux fil comprend quatre orifices. Les deux du milieu laissent à découvert 1 centimètre des deux catguts, tandis que les points hépatiques situés de chaque côté ont de 15 à 20 millimètres d'étendue et environ 1 centimètre de profondeur. Il en résulte que la glande hépatique présente sur sa face externe, en dehors de son échancrure, et près de son bord tranchant, une surface quadrilatère longue environ de 7 centimètres et demi et large de 4 centimètres, comprise par les fils et destinée à la fixation.

Il ne s'écoule pas de sang par les points de suture, grâce à la précaution prise d'employer une aiguille à surjet aussi fine que possible pour passer un catgut double aussi gros que possible (n° 3 de Repin).

En outre, les nœuds placés à l'entrée et à la sortie du fil aident encore à l'hémostase.

Chaque fil est placé dans la paroi de la façon suivante :

La ligne directrice est le rebord costal qui doit correspondre à l'interstice compris entre les orifices d'entrée et de sortie des fils, de telle sorte que le foie ainsi fixé dépassera un peu plus que normalement le rebord costal.

Les deux chefs postérieurs de chaque fil sont passés séparé-

ment et à 1 centimètre de distance l'un de l'autre, à travers le rebord costal et les plans musculaires, la peau exceptée, puis ils sont noués vigoureusement. On fait ainsi 6 nœuds avec les 12 chefs postérieurs. Les 12 chefs antérieurs sont placés de la même façon, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale, toujours en exceptant la peau qu'on a préalablement décollée, les deux premiers répondent à l'incision de la paroi abdominale, mais les suivants s'en éloignent progressivement et suivant l'incurvation du rebord costal.

Création de la fistule biliaire. — Cette fistule est créée à travers le rebord du muscle droit. Le placement des fils à la partie inférieure présente des difficultés en raison de la saillie du rebord du foie; je suis obligé d'établir un drainage capillaire en ce point, en laissant deux fils d'attente sur la paroi en cet endroit. La paroi abdominale est suturée comme d'habitude. Pansement antiseptique.

L'opération a duré une heure et demie.

Marche. — La température, normale le soir de l'opération, atteint 37°,8 et 38° les 2 jours suivants, puis redescend progressivement à 37° pour ne plus varier.

Il s'écoule pendant les premiers jours qui suivent l'opération une quantité considérable de liquide muqueux et glaireux, légèrement opalin, mais ne ressemblant pas à de la bile. Ce liquide, dont l'examen bactériologique a été fait par le Dr Belletrade, directeur du laboratoire départemental, contient: « un bacille, anaérobie facultatif, ayant quelque ressemblance avec le *bacterium coli* commun ».

Le 29 janvier, ce liquide commence à prendre la couleur et l'aspect de la bile, les bacilles sont moins nombreux.

Le 6 février, la bile est stérile. Je supprime alors le drain placé dans les voies biliaires afin de supprimer la fistule. Celle-ci donne issue à de la bile pendant 8 jours encore. Elle est complètement fermée le 15 février. La malade quitte la maison de santé et rentre chez elle.

État à la sortie. — La malade a déjà repris l'apparence de la

santé; elle digère facilement le lait et n'éprouve aucune douleur abdominale. Sur le conseil du D^r Gilbert, de Paris, je prescrivis à la malade le régime lacté absolu pendant une année, puis une dose quotidienne de 1 centigramme de calomel.

La malade a suivi rigoureusement ce traitement. Sa santé s'est rétablie rapidement et complètement.

Elle devient enceinte au mois de mai et accouche normalement dans les premiers jours de février 1897.

Le D^r Colin qui a accouché la malade et qui a bien voulu l'examiner en détail, nous a donné les renseignements suivants, le 8 mars 1897.

« L'état général est excellent, la malade ne présente aucun trouble digestif et depuis deux mois elle prend la même nourriture que le reste de sa famille; du côté du ventre, le foie occupe sa situation normale, il ne paraît pas déborder les fausses côtes ».

OBSERVATION IV (résumée). — *Foie hypertrophié et abaissé.*
Tabès. — Hépatopexie.

BLANC, *Congrès de médecine*, Saint-Étienne, 1897.

Femme de 35 ans présentant des séries de poussées douloureuses dans l'abdomen avec frissons violents et température allant de 40° à 41°, vomissements bilieux abondants. Ces poussées survenant tous les cinq ou six jours avec les mêmes caractères firent craindre un abcès du foie. L'organe, au moment des poussées fébriles, paraissait augmenter de volume, les poussées étaient dues probablement à la coudure des voies biliaires et à la rétention biliaire qui s'ensuivait, il y avait à ces moments un léger ictère.

La palpation fait reconnaître une hypertrophie mais surtout un abaissement du foie dont le bord antérieur descend à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En le prenant entre la paume de la main et le pouce on l'énucléait comme un noyau de cerise et on le remontait sous les fausses côtes; abandonné à lui-même il retombait aussitôt.

On pratiqua l'hépatopexie et on trouva un foie hypertrophié, dur, étranglé en sablier abaissé en masse. La réduction et la fixation furent faciles. Résultat opératoire parfait, aucune poussée douloureuse depuis 18 mois.

OBSERVATION V (résumée). — *Lithiase biliaire. — Foie mobile. — Hépatopexie.*

BOBROFF, *Wratch*, 1895.

Femme de 50 ans présentant depuis 20 ans des crises de coliques hépatiques. Actuellement elle se plaint de douleurs violentes à droite. La marche et la position assise sont très pénibles. La limite inférieure du foie touche presque à la crête iliaque.

Laparotomie; on trouve un foie hypertrophié et abaissé. Sutures du foie avec deux fils de soie très gros passés dans toute l'épaisseur du foie et fixés à la neuvième côte. On laboure la face supérieure du foie avec l'aiguille à sutures pour favoriser les adhérences.

Aussitôt après l'opération l'ictère diminue et la malade peut marcher sans douleur.

Mais l'ictère a reparu et la malade ne souffre pas lorsqu'elle est couchée ou qu'elle marche doucement. État général bon.

OBSERVATION VI (résumée). — *Lithiase. — Foie mobile. — Fixation du foie. — Réfection de la paroi abdominale. — Cholédocotomie. — Mort de shock, 32 heures après l'opération.*

DEPAGE, *Bruxelles*, 1893.

Femme de 40 ans présentant depuis longtemps des crises douloureuses avec subictère et vomissements. L'inspection fait voir une paroi abdominale relâchée et éventrée, le foie est abaissé et dépasse les fausses côtes de plusieurs travers de doigt.

Réfection de la paroi abdominale par un procédé spécial,

suture du ligament ombilical dans l'angle supérieur de la plaie. L'opération est compliquée par la nécessité où l'on se trouve de pratiquer une cholécotomie pour extraire un calcul du canal cholédoque.

Mort par shock, 32 heures après l'opération.

OBSERVATION VII. — *Cirrhose atrophique. — Foie mobile. — Hépatopexie.*

LANELONGUE et FAGUET, in *Thèse de Couturier* (Bordeaux, 1895).

M^{me} X..., 52 ans, marchande des quatre saisons, entre à l'hôpital Saint-André pour une tumeur abdominale, dans les premiers jours du mois de juin 1892.

Aucun antécédent héréditaire. Personnellement cette femme a toujours eu une bonne santé; règles régulières et normales, deux grossesses physiologiques.

Débat de l'affection. — Il y a 4 ans environ cette malade commença à éprouver dans le flanc droit une sensation de pesanteur, notablement accrue par la fatigue. Ce fut là le premier symptôme qui attira son attention, mais quelques mois après elle remarqua que son abdomen augmentait de volume, et elle crut constater la présence d'une tumeur volumineuse, relativement peu douloureuse par elle-même.

Peu soigneuse de sa santé et obligée par sa situation de fortune de continuer à travailler pour gagner sa vie, M^{me} X... attendit jusqu'à l'époque actuelle pour soumettre son cas à un médecin qui l'adressa à M. le P^r Lanelongue. Pendant tout ce temps la pesanteur et les douleurs avaient beaucoup augmenté.

L'interrogatoire nous apprend encore que cette malade s'est livrée à des excès alcooliques et qu'elle présente depuis longtemps déjà des troubles gastriques, troubles de la digestion, pituite matinale, vomissements.

État actuel. — L'abdomen est volumineux et contraste avec la maigreur de la malade. Circulation veineuse supplémentaire

très développée. Au palper on trouve une tumeur très volumineuse qui occupe une grande partie de la cavité abdominale. Matité absolue sur toute l'étendue du néoplasme, pas d'ascite cliniquement appréciable. Cette tumeur, de forme régulière, de consistance uniformément dure, est limitée à sa partie inférieure par un bord saillant très facilement perceptible, elle est en outre très mobile dans l'abdomen, dans le sens vertical et dans le sens transversal.

La percussion permet de reconnaître qu'elle est indépendante du foie et de la rate, dont elle est séparée par une zone de sonorité; elle ne plonge pas dans l'excavation pelvienne qui est tout à fait libre, mais elle affleure presque au niveau du détroit supérieur. Les mouvements respiratoires ne lui communiquent aucun mouvement.

L'estomac est un peu dilaté, le foie paraît très diminué de volume. L'utérus et ses annexes, les reins et les autres organes sont normaux. Ajoutons que si on a soin de faire contracter les muscles de la paroi abdominale, on s'aperçoit d'une façon bien évidente qu'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale proprement dite.

En présence de ces signes, le professeur Lanelongue porte le diagnostic de tumeur de l'épiploon, coïncidant avec une cirrhose atrophique probable et se décide à intervenir.

Opération le 29 juin 1892, soins antiseptiques habituels, anesthésie au chloroforme. Le professeur Lanelongue fait une laparotomie, médiane et constate qu'il s'agit d'un foie cirrhotique prolapsé et très mobile. La surface de l'organe est inégale, mamelonnée, hérissée de granulations. Sa coloration est grisâtre, sa consistance dure, il présente en un mot tous les caractères du foie atteint de cirrhose atrophique à un degré assez avancé.

Le ligament suspenseur est complètement détruit, petite quantité de liquide ascitique, l'épiploon, le mésentère sont sains, le rein est en situation normale. M. le professeur Lanelongue avive au bistouri la face convexe du foie au niveau du point où existait le ligament falciforme, sur une étendue qui mesure environ

6 centimètres de long sur 3 de large, hémorragie peu abondante.

Des tentatives de réduction ne permettent pas de maintenir le foie dans sa situation normale. Trois points de suture au catgut comprenant toute la paroi abdominale et une tranche assez épaisse du tissu hépatique mettent la région avivée de l'organe en contact avec le feuillet pariétal du péritoine. Les trois points de suture sont éloignés les uns des autres par un intervalle qui mesure environ 2 centimètres. Ils sont étagés les uns au-dessous des autres, le plus élevé est situé dans le dernier espace intercostal, mais n'embrasse pas dans son anse la côte correspondante. Toilette de la cavité abdominale qui est fermée par une suture à trois étages.

Suites opératoires excellentes, réunion par première intention.

A la sortie de l'hôpital, on recommande à la malade de supprimer l'alcool et on lui donne un traitement ioduré.

La malade est revue en mars 1895. Les douleurs abdominales ont disparu ; le foie est toujours prolabé, mais totalement immobile. On constate qu'il est fixé à la paroi abdominale par des adhérences assez étendues, état général bon ; la cirrhose ne paraît pas avoir fait de progrès.

OBSERVATION VIII. — *Cancer de la tête du pancréas. — Cirrhose symptomatique du foie et du pancréas. — Foie mobile.*

BARD et PIC, *Revue de médecine*, décembre 1897.

A..., 64 ans, ménagère. Entrée 5 avril, salle Sainte-Marie. Régulée à 16 ans, ménopause à 54 ans. Trois grossesses, trois enfants en bonne santé.

Aucune maladie antérieure, sauf trois érysipèles.

Depuis deux mois, ictère, amaigrissement considérable, de moitié au dire de la malade.

État actuel. — État général assez bon, ictère assez marqué, conjonctives et muqueuses fortement colorées, pas d'œdème des

membres. Appétit conservé, amaigrissement notable, pas de vomissements, un peu de diarrhée fétide avec décoloration des matières, pas de toux, pas d'expectoration. Ventre peu volumineux, pas d'ascite, pas d'hypertrophie de la rate. Foie abaissé, sa matité ne commence qu'au niveau du rebord des fausses côtes et dépasse d'un travers de doigt en bas une ligne passant par l'ombilic. Surface lisse non bosselée.

Le bord tranchant est très facilement senti à droite, il descend jusqu'au voisinage de la côte iliaque. Le lobe gauche se délimite assez bien par sa rénitence, mais ne présente que des bords diffus, tandis qu'on perçoit bien l'échancrure qui le sépare du lobe droit.

La vésicule biliaire n'est pas notablement dilatée, cependant à la palpation profonde elle est assez facilement perceptible et on peut en quelque sorte l'appliquer contre la face inférieure du foie, de telle sorte qu'on sent alors une masse arrondie de la grosseur du pouce environ et qui ne s'efface pas par la pression ; l'examen du foie provoque quelques douleurs.

Rien au cœur.

Urines et pigments biliaires, pas d'albumine, traces de sucre.

Vésicule plus facile à sentir dans les examens suivants, elle paraît grosse comme une poire moyenne. Cachexie progressive. Mort le 10 juin.

Autopsie. — Foie abaissé, pas d'adhérence, consistance ferme, bord tranchant, mais il n'y a pas de granulations à la surface. On trouve sur la face convexe une petite tache blanche unique de 4 à 5 millimètres de diamètre ne faisant aucune saillie à la surface et pénétrant de 2 millimètres environ en profondeur. La vésicule atteint le volume d'une très grosse poire, elle est distendue par une bile noire assez épaisse, ne contenant pas de calculs. Le canal cholédoque distendu atteint le volume d'un doigt moyen, on ne constate ni calcul ni rétrécissement, mais on ne peut franchir son orifice inférieur.

Sur la coupe du foie, on constate que tous les canaux biliaires importants sont distendus par la même bile noirâtre que celle de la vésicule. Cette bile s'écoule abondamment sur toute la surface

de section sans aucun mélange de calcul. Autour des canaux existe un peu de sclérose.

Cancer de la tête du pancréas, sclérose de la queue et du corps.

Examen histologique. Pancréas. Au niveau de la tête, tumeur formée par des cellules épithéliales pancréatiques du type glandulaire. A la queue, sclérose intense, il ne reste plus que des vestiges de tissu glandulaire en voie d'atrophie.

Foie. Surtout au niveau de sa périphérie sclérose insulaire très accusée, dont les travées fibreuses morcellent les lobules hépatiques, quelques canaux biliaires sont obstrués par des infarctus biliaires.

Le nodule néoplasique du foie est constitué par des cellules pancréatiques bien reconnaissables à leurs boules claires, réfringentes, jaunâtres, disposées dans des tubes conjonctifs dont beaucoup sont vides par suite de la chute des cellules qu'ils contenaient.

OBSERVATION IX (inérite), due à l'obligeance de M. le
D^r LETULLE. — *Goutte.* — *Asthme.* — *Dilatation cardiaque.* — *Foie flottant.*

Docteur B..., 63 ans, asthmatique dès l'âge de 15 ans, commença à souffrir de la goutte articulaire vers 40 ans; en même temps l'asthme tendait à disparaître et la surcharge graisseuse générale des téguments apparaissait.

Sur les approches de la soixantaine, après un violent érysipèle du cuir chevelu, les signes d'une dilatation temporaire du cœur s'installèrent, obligeant notre confrère à abandonner les occupations fatigantes d'une clientèle de campagne. La lithiase urinaire était venue, entre temps, donner à l'état général des secousses douloureuses; plusieurs séjours à Vittel amendèrent d'une manière notable les crises néphrétiques, et furent, au moins en apparence, l'occasion d'un amaigrissement très mani-

fièvre. Le cœur s'est calmé depuis deux ou trois ans, bien que les veines du cou demeurent dilatées, que la respiration soit faible aux deux bases pulmonaires, et mêlée de râles humides dus à l'œdème décline, et que l'oligurie soit la règle. Jamais d'albumine, quelques traces de sucre de temps à autre.

Il y a un an environ, le Dr B..., pour la première fois de sa vie, ressentit des douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs sourdes qu'il attribua tout d'abord à la lithiase biliaire. Bientôt cependant le malade fit sur lui-même certaines observations qui le troublèrent et le forcèrent à abandonner ce premier diagnostic. La sensation douloureuse qu'il ressentait était une pesanteur, une gêne profonde que les heures de la journée et de la nuit ne réglaient aucunement sur celle des repas. Il n'y eut jamais de bile dans les urines; en outre c'était souvent le matin, à jeun en se levant, ou peu de minutes après avoir mis les pieds hors du lit, que son foie devenait sensible. Après le repas de midi, le malade venait-il à s'étendre pour se reposer: la douleur se calmait presque aussitôt. Enfin, les nuits étaient calmes, indolores, surtout quand le patient prenait soin de dormir sur le côté droit, et la tête peu élevée au-dessus du plan du lit. Pendant la marche, sitôt qu'il avait fait quelques centaines de mètres, d'un pas lent et régulier, la douleur hépatique devenait insupportable.

A l'examen méthodique de l'abdomen, il me fut facile d'établir l'existence d'un foie mobile et congestionné d'une manière chronique. Le ventre étant dans le relâchement, on sent le bord inférieur du foie et on peut le suivre aisément à 7 ou 8 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes; la face antérieure est de même bien accessible à la main. L'organe est dur, tendu, lisse, en tout semblable à un foie cardiaque augmenté de volume. La paroi abdominale est notablement affaiblie, elle cède à la moindre pression. On peut donc sans la moindre difficulté appuyer sur l'organe et le mobiliser. Or, en couchant horizontalement le sujet, on n'est pas peu surpris de constater que le foie, tout entier, oscille largement, de haut en bas et de bas en

haut, même au cours des mouvements du diaphragme et malgré eux, au besoin. C'est-à-dire que, pendant l'inspiration calme, je peux refouler le foie sous les fausses côtes et l'y maintenir avec les doigts, sans trop d'efforts.

Ces mouvements sont très peu douloureux, et il m'est loisible de les répéter à volonté. Détail remarquable: quand le foie est remis en place le malade éprouve une sensation de soulagement bien que mes deux mains appuyent fortement sur l'hypocondre et y refoulent la paroi abdominale.

La percussion soignée du foie me permet de constater que son volume n'est pas augmenté d'une façon appréciable. La rate est normale; le cœur élargi bat régulièrement.

Le diagnostic fait, le traitement s'imposait et le malade, excellent médecin, dont le moral était très affecté par ces sensations viscérales anormales, se mit aussitôt à porter une ceinture abdominale bien faite, exactement adaptée au but proposé. Le résultat ne se fit pas attendre et depuis une dizaine de mois le miracle de la guérison persiste tant que la ceinture reste en place.

C. — Foies à lobe mobile.

**OBSERVATION I (résumée). — Résection d'un lobe mobile.
Guérison.**

LANGENBUCH, in *Thèse de Faure*, 1886.

Femme de 30 ans. Depuis 8 ans, douleurs très violentes dans le ventre, surtout dans le décubitus dorsal ; palpitations, bouffées de chaleur, angoisse. La palpation fit reconnaître sur la ligne médiane une tumeur grosse comme le poing, arrivant presque jusqu'à l'ombilic.

Sa matité se continue avec celle du foie ; elle suit comme lui les mouvements respiratoires.

Diagnostic hésitant. Laparotomie. On trouve un gros lobe hépatique pédiculé, résection en divisant le pédicule par plusieurs ligatures.

Le soir même, signes d'hémorragie interne grave, réouverture du ventre, ligature du vaisseau qui saignait. Guérison.

**OBSERVATION II (résumée). — Résection d'un lobe mobile.
Guérison.**

BASTRANELLI, *Il Policlinico*, 1895.

Femme de 37 ans. Douleurs de la région abdominale droite avec irradiations vers les parties voisines. Perte de l'appétit, amaigrissement. Tumeur de la région abdominale droite, dure, bosselée, mobile. Une zone de sonorité sépare la tumeur en haut, de la matité hépatique. Diagnostic. Rein mobile devenu cancéreux.

Laparotomie latérale. Lobe pédiculé du foie. On l'extirpe, un tube élastique ayant été placé sur la partie du tissu hépatique qui servait de pont. Légère hémorragie arrêtée au thermo-cautère. Guérison. État général excellent. La malade se sent plus forte, les douleurs ont disparu, l'appétit est bon, les digestions se font bien.

Revue un an après, elle est enceinte de 7 mois et bien portante.

OBSERVATION III (résumée). — *Lobe mobile.* — *Fixation.*
Guérison.

VON HACKER et BIELROTH, in *Thèse* de Faure, 1884.

Femme de 36 ans. Depuis un an, douleur dans la région abdominale droite, vomissements, douleurs gastriques, fièvre, défaillances.

Tumeur dans la région abdominale droite supérieure, consistance compacte, surface inégale, ballotement par la palpation bimanuelle.

Diagnostic probable : tumeur néoplasique du rein, de l'intestin ou des glandes rétro-péritonéales. Laparotomie exploratrice. Lobe hépatique mobile et pédiculé ; fixation à la paroi à l'aide d'un seul fil passé dans le parenchyme hépatique.

Guérison. Le foie reste fixé à la paroi abdominale. Les troubles généraux ont complètement disparu, la malade a pu recommencer à travailler.

OBSERVATION IV (résumée). — *Lobe mobile.* — *Fixation.*
Guérison.

TSCHERNING, in *Thèse* de Faure, 1890.

Femme, 36 ans. Depuis 5 ans douleurs dans l'abdomen surtout à droite, irradiant dans le dos et les flancs et empêchant tout

travail; ces douleurs surviennent par crises environ tous les huit jours et durent de deux à trois jours. Tumeur siégeant dans la région lombaire droite et s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; tumeur mobile latéralement. Diagnostic incertain, peut-être lobe flottant du foie avec restriction en faveur d'une tumeur rénale ou d'un lymphadénome. Laparotomie. Lobe mobile du foie relié au lobe droit par un large pédicule. Fixation à la paroi abdominale par deux fils passant dans le tissu hépatique.

Guérison. Deux ans après, la malade est revue dans un bon état.

OBSERVATION V (résumée). — *Lobe mobile. — Fixation. Guérison.*

LANGENBUCH, *Deut. med. Wochenschrift*, 1890.

Femme de 50 ans. Crises douloureuses de plus en plus fréquentes, vomissements, céphalée, constipation, œdème chronique des jambes. Tumeur lisse dans la moitié droite de l'abdomen, elle est reliée au foie. Diagnostic, lobe flottant du foie. Laparotomie. Lobe flottant du lobe droit du foie fixé à la paroi abdominale à l'aide de fils de soie assez rapprochés les uns des autres et embrassant une assez grande épaisseur de tissu hépatique. Les fils sont noués solidement. La piqûre du foie donne très peu de sang.

Guérison. Tous les troubles disparaissent et au moment où elle quitte l'hôpital la malade a engraisé de neuf livres.

OBSERVATION VI (résumée). — *Lobe mobile en rapport avec lésion de la vésicule biliaire. — Cholécystotomie. — Guérison.*

RIEDEL, *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1888.

Femme de 30 ans. Appendice du foie descendant du lobe

DUVERNOY.

droit jusqu'à la région ombilicale. Longueur, 10 centimètres, largeur, 4 centimètres à sa partie inférieure et 8 centimètres à sa base. Il suit les mouvements respiratoires. On sent nettement ses bords tranchants sensibles à la pression, mais on ne trouve pas au-dessous de lui une tumeur palpable. Incision exploratrice. Lobe appendiculaire du foie. Le doigt explorateur découvre dans l'appendice une tumeur fluctuante qui est la vésicule biliaire fortement distendue. Cholécystotomie en deux temps. Incision de la vésicule donnant 500 grammes de pus inodore.

Guérison, mais persistance d'une fistulette.

OBSERVATION VII (résumée). — *Lobe mobile en rapport avec une lésion de la vésicule biliaire. — Cholécystotomie. — Guérison.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 49 ans. Appendice dur et lisse descendant plus bas que l'ombilic. Large de 10 centimètres à sa base et de 4 centimètres à sa pointe.

Près du bord interne de l'appendice on sent une tumeur bosselée, douloureuse, et qui se déplace pendant la respiration. Diagnostic: empyème de la vésicule biliaire. Cholécystotomie en deux temps, issue de liquide séro-purulent et de trois calculs biliaires. Guérison.

OBSERVATION VIII (résumée). — *Même titre.* "

MÊME AUTEUR.

Femme de 39 ans. Appendice en languette du lobe droit du foie descendant jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Cholécystotomie. Issue de 200 grammes de sérosité purulente et de 130 cholélithes. Guérison.

OBSERVATION IX (résumée). — *Même titre.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 36 ans. Le prolongement hépatique accompagnant la vésicule descend à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic et dépassait la ligne médiane de deux centimètres environ. Cholécystotomie. La vésicule renfermait une grande quantité de liquide visqueux, du pus et des cholélithes. Guérison.

OBSERVATION X (résumée). — *Même titre.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 42 ans. Appendice en languette au-dessous de laquelle on suit nettement la vésicule grosse comme le poing.

Cholécystotomie. Issue d'une grande quantité de sérosité. Pas de calculs. Guérison.

OBSERVATION XI (résumée). — *Même titre.*

MÊME AUTEUR.

Femme de 40 ans. On constate au lobe droit du foie un appendice en languette de forme arrondie à bords tranchants et dépassant par son bord inférieur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cholécystotomie en deux temps. Issue de sérosité puis de pus et extraction de deux cholélithes volumineux. Guérison.

OBSERVATION XII (résumée). — *Lobe mobile du foie. — Lésion de la vésicule. — Cholécystotomie. — Guérison.*

TERRIER et BAUDOIN, in *Thèse de Faure*, 1888.

M^{me} P., 52 ans, ménagère, pas d'antécédents dignes d'être

notés; réglée, régulièrement, trois enfants, couches normales.

Depuis des années, troubles digestifs, digestion pénible, constipation.

Depuis deux mois, douleurs très vives par crises dans la fosse iliaque et le flanc du même côté, avec irradiations douloureuses multiples. Augmentation des douleurs pendant la station debout et la marche.

A la palpation on constate dans le flanc droit et jusque dans la fosse iliaque, du même côté, une tumeur mobile, lisse, grosse comme les deux poings, mate dans toute son étendue.

Le diagnostic posé est rein flottant à droite.

Laparotomie exploratrice médiane. Incision sus-ombilicale. On trouve un lobe du foie très développé qui descend vers l'ombilic et la fosse iliaque droite. Il est dur et sclérosé. La vésicule biliaire n'est pas distendue, mais occupée par un assez volumineux calcul. Cholécystotomie, extraction d'un calcul de 11 grammes. Guérison.

OBSERVATION XIII (résumée). — *Lobe mobile du foie.*

PICHEVIN, in *Thèse de Faure*, 1888.

Femme de 50 ans. Tuberculose pulmonaire avancée.

Dans le côté droit du ventre, tumeur descendant jusque dans la fosse iliaque où elle se termine par un bord lisse, mobile transversalement et verticalement.

Aucune douleur.

Diagnostic : rein mobile.

Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Lobe flottant du foie, long de 20 centimètres sur 10 centimètres de large, et descendant jusque dans la fosse iliaque.

Coexistence d'un rein mobile dont l'extrémité inférieure dépasse à peine la partie inférieure du lobe flottant.

OBSERVATION XIV (inédite). — *Foie à lobe droit mobile.*
Hépatite subaiguë et congestion chronique.

Les parties ayant trait à l'étude macroscopique et microscopique du foie sont dues à l'obligeance de M. le Dr LETULLE.

Il s'agit d'un homme malade depuis plusieurs années et présentant les symptômes d'une cirrhose hypertrophique du foie. Ictère marqué, circulation veineuse collatérale, troubles digestifs variés, ventre ballonné.

La palpation fait voir que le flanc droit est rempli par une tumeur de consistance ferme qui descend jusque dans la fosse iliaque. Le bord interne de cette tumeur paraît se continuer avec le bord antérieur du foie qui semble en situation normale. La tumeur est mate à la percussion ; sa matité se continue en haut sans ligne de démarcation avec celle du foie. Le ventre est sonore partout.

On peut imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité et la palpation bimanuelle fait constater un ballotement très net.

Diagnostic hésitant entre tumeur du foie et tumeur d'un rein qui serait mobile. Bien qu'il n'existe aucun symptôme du côté des voies urinaires, on penche plutôt vers ce dernier diagnostic.

On pratique une laparotomie médiane.

A peine le péritoine ouvert, il s'échappe un flot de liquide et il s'écoule environ 10 litres de liquide clair citrin. On reconnaît alors que la tumeur est formée par un lobe mobile du foie, qui est rattaché au bord antérieur de l'organe et qui descend jusqu'au niveau de la fosse iliaque. Périhépatite chronique. On referme le ventre aussitôt.

Suites opératoires normales, mais l'ascite se reforme ; on ôte les fils de la paroi le huitième jour, mais dans la nuit la cicatrice cède et des anses intestinales font issue au dehors de l'abdomen. Malgré un lavage soigné et une réduction aussi rapide que possible le malade meurt quatre jours après.

Autopsie. — On envoie le foie et la raté à M. le Dr Letulle. Le foie est entouré d'une gangue de fausses membranes

de formation ancienne, adhérence très intime avec le diaphragme qu'on n'a pu séparer complètement du foie. Il existe en plus des fausses membranes récentes, en rapport évident avec l'infection péritéonale terminale.

Le lobe gauche est petit, atrophié, le lobe droit est volumineux. De son bord antérieur pend un lobe mobile qui mesure 16 centimètres de longueur et 17 centimètres de largeur au niveau de sa base. Il se détache du bord antérieur immédiatement à droite de la vésicule biliaire et se continue avec la face inférieure du foie sans ligne de démarcation nette.

En avant, au contraire, au niveau du point d'implantation du lobe, il existe une sorte de sillon, de plicature antéro-postérieure et horizontale partant de la face convexe à la hauteur de la vésicule biliaire.

Sur les coupes macroscopiques de l'organe encore frais, le parenchyme hépatique apparaît découpé par des masses saillantes d'une coloration variant du jaune foncé au blanc gris. Ces parties saillantes du foie sont entourées de larges placards hyperhémiques gorgés de sang et déprimés sur la coupe.

Cet aspect se retrouve non seulement dans le lobe flottant, mais dans le reste du foie. Cette disposition des parties alternativement saillantes et déprimées donne une impression très comparable à celle de certains adénomes multiples du foie, encastés dans des placards de cirrhose, si bien que le diagnostic porté à l'œil nu est cirrhose cardiaque avec adénomes multiples. La quantité de sang qui s'écoule sur les coupes est considérable, même plusieurs heures après l'autopsie.

La rate est grosse, ferme et dure. Elle mesure 21 centimètres de longueur, sur 15 de largeur et 9 d'épaisseur.

Les deux organes n'ont été pesés qu'après avoir séjourné dans le formol; le foie pèse 1,950 grammes, la rate 650 grammes.

A l'examen microscopique du foie, on constate une double série d'altérations chroniques disséminées dans la totalité de la glande hépatique.

La première série des lésions consiste en un bouleversement

des lobules hépatiques correspondant aux lésions décrites sous le nom d'hyperplasie nodulaire. A un faible grossissement, on rencontre de place en place un grand nombre de lobules hépatiques intervertis dont le centre est manifestement occupé par un espace porte de dimensions variables.

La plupart des trabécules hépatiques ainsi disloqués sont beaucoup plus larges au centre de ces pseudo-lobules qu'à leur périphérie, et les noyaux des cellules paraissent plus nombreux, sans cependant montrer trace de karyokinèse.

Sur un grand nombre de points, les trabécules hépatiques amincies et couchés plus ou moins parallèlement à la surface des lobules intervertis, en particulier dans les points de jonction correspondants à plusieurs lobules, sont en voie de désagrégation pigmentaire très apparente. Leur protoplasma plus pâle que normalement, trouble, est rempli de granulations brunâtres ou brun jaunâtre, semblables aux pigments biliaires. Il y a là trace évidente d'un processus de mortification aigu en voie d'évolution, correspondant vraisemblablement aux accidents ultimes.

La seconde série de lésions constatables consiste en une série de désordres inflammatoires subaigus, irrégulièrement répartis dans la totalité de la glande hépatique. Suivant les points examinés l'inflammation apparaît sous forme de placards fibreux, très denses, bien organisés, coupant le parenchyme par de longues et peu larges travées irrégulières qui contiennent dans leur intérieur de nombreuses coupes de veines portes, de canaux hépatiques et même d'artérioles.

En d'autres points, le processus inflammatoire, plus récent, consiste en de vastes espaces au niveau desquels d'innombrables néo et pseudo-canalicules biliaires s'entrecroisent dans tous les sens, formant même des réseaux irrégulièrement répartis.

Dans l'intervalle de ces réseaux se sont formées des masses conjonctives jeunes, richement nucléées et dont les vaisseaux apparaissent pour la plupart extrêmement dilatés, gorgés de globules rouges. Au milieu de ces travées inflammatoires subaiguës, il est facile de reconnaître des îlots de cellules hépatiques, mor-

ceaux de trabécules, dont les éléments sont plus ou moins déformés avec un protoplasma granuleux, pâle, souvent infiltré de pigments biliaires. Ailleurs, le grand nombre d'éléments nucléaires dans les mailles du tissu conjonctif constitue de véritables nodules inflammatoires au niveau desquels les pseudocanalicules biliaires, très réduits de volume, tranchent encore par leur disposition aréolaire anastomotique.

Toutes les lésions que nous venons de rapidement résumer constituent un ensemble de faits qui démontrent, d'une manière péremptoire, l'existence d'une hépatite chronique complexe dans laquelle l'hyperplasie nodulaire marche de pair avec une évolution cirrhotique subaiguë. Toutefois, ces lésions ne suffisent pas pour caractériser l'aspect général de l'organe, car on doit y ajouter les signes d'une stase sanguine extrêmement accusée et très irrégulièrement répartie. C'est ainsi que l'on peut constater dans une foule de points fort rapprochés les uns des autres l'existence d'énormes placards hémorragiques, visibles à l'œil nu, formant dans l'intérieur de la glande comme des lacs sanguins. Ces lacs sanguins ne représentent pas cependant des foyers d'apoplexie ancienne, car sur aucun des points examinés on ne trouve trace de coagulations fibrineuses. Toutes les coupes microscopiques donnent l'impression que le sang stagnait dans des mailles élargies, mais circulait néanmoins dans la plupart des vaisseaux examinés. Cette impression est même corroborée par la constatation de larges vaisseaux capillaires surdistendus réunis les uns aux autres sous forme de véritables angiomes. Ces capillaires ectasiés peuvent mesurer jusqu'à 47 μ et demi et 66 μ et demi.

Les veinules capillaires associées à eux mesurent 95 et 100 μ . L'énorme ectasie vasculaire se produit aussi bien au milieu des placards de sclérose que parmi les foyers d'hyperplasie nodulaire. Cette irrégulière répartition donne aux coupes microscopiques des aspects extrêmement bizarres et explique sans doute pour une part, l'erreur d'interprétation commise à l'œil nu au moment de l'autopsie, alors que l'on crut avoir à faire à une cirrhose avec adénome; les régions cyanotiques s'affaissant d'autant

plus sur les coupes que les parties voisines atteintes d'hyperplasie nodulaire étaient plus conglomérées.

En aucun point, aucune trace de tuberculose hépatique.

Le péritoine périhépatique est recouvert de fausses membranes récentes entremêlées à des travées fibrineuses de péritonite chronique adhésive. Toute la surface du foie, au-dessous de la capsule de Glisson, présente d'ailleurs les signes d'une inflammation aiguë hyperdiapédétique, correspondant à la péritonite terminale.

L'examen microscopique de la rate permet de reconnaître un épaississement considérable du squelette fibreux de l'organe. Par places même, ces travées apparaissent infiltrées de larges amas pigmentaires, qui y forment même des placards visibles à l'œil nu. Ce pigment brun est d'origine hémoglobinique, car il contient du fer. Dans la pulpe splénique, les follicules lymphatiques sont petits, peu nombreux, leur tissu reticulé paraît normal ; le reste de la pulpe est rempli d'éléments lymphatiques logés dans des espaces conjonctifs épaissis. On voit un grand nombre de cellules fusiformes et de fibrilles connectives qui s'enchevêtrent dans tous les sens, constituant ainsi une gangue fibroïde où le sang circulait difficilement.

Il s'agit, en somme, d'une sclérose inflammatoire diffuse de la rate et non pas d'une rate cardiaque ; la plupart des vaisseaux de l'organe paraissent sains, peu ou à peine congestionnés.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AREILZA. — *Rivista di medicina y chirurgica pratica*, 5 juillet 1896.
- BARBAROTA. — Un nouveau cas de foie mobile. *Il Morgagni*, XI, 1870.
- BAUDOIN. — Voir TERRIER et BAUDOIN.
- BLET. — Étude sur le foie mobile. *Thèse*, Paris, 1876.
- BOTKINE. — Sur le foie déplacé et mobile. *Egened klin. Gaz.* Saint-Petersbourg, 1884.
- BOUVIER. — Étude historique et médicale sur l'usage des corsets. *Académie de méd.*, 1853.
- CANTANI. — Caso di fegato ambulante. *Ann. univ. di Milan*. 1866, 373.
- COUTURIER. — Contribution à l'étude de l'hépatopexie. *Thèse*, Bordeaux, 1895.
- CURTUS. — Sympt. und Artologie der Wanderleher im Anschlum an einem salchere Fael. *Thèse*, Halle, 1889.
- CHVOSTEK. — Ein Fael von wanderader Leber. *Wien. med. Presse*, 1875.
- DEMARQUAY. — *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1849.
- DEPAGE. — De l'intervention chirurgicale dans la splachnoptose. Bruxelles, 1893.
- DELAGENIÈRE. — *Société de chirurg.*, avril 1897.
- DESGUIN. — *Annales de la Société de méd. d'Anvers* (1892).
- FAURE. — L'appareil suspenseur du foie, hépatoptose et hépatopexie. *Thèse*, Paris, 1892.

- FÉRÉOL. — Rapport sur l'entéroptose et la neurasthénie. *Bull. Soc. méd. des hôp.* Paris, 1886.
- FRERICHS. — Traité pratique des maladies du foie. Trad. franc., 1877, p. 46.
- GACHES-SARRAWTE (M^{me}). — Du corset. *Revue d'hygiène*, 1895.
- GODART. — Quelques cas d'hépatoptose. *La Policlinique.* Bruxelles, 1897.
- GLÉNARD. — De l'entéroptose. *Lyon médical*, 1885.
- Entéroptose et neurasthénie. *Soc. méd. des hôp.* Paris, mai 1886.
- De la palpation du foie par le procédé du pouce, in *Thèse de Fränçon.* Lyon, 1888.
- De la palpation du foie et du foie mobile. *Revue des maladies de la nutrition* (1896-1897).
- GRAHAM. — Déplacement du foie. Philadelphie, 1895.
- HAYEM. — La maladie du corset. *Archives de médecine*, 1895.
- HUGUES. — Un cas de foie flottant. Philadelphie, 1890.
- HEISTFR. — Acta physico-medica naturæ curiosorum. Nuremberg, 1754, p. 1 à 4.
- KIRMISSON. — Double déplacement du foie. 1880.
- KRUPETSKI. — Foie mobile. Saint-Petersbourg, janvier 1896.
- LARIONOFF. — Un cas de foie mobile. *Egened klin.* Saint-Petersbourg, 1885.
- LANDAU. — Die Wandearleber und der Hängenbauch der Frauen. Berlin, 1885.
- LAUGENBUCH. — *Deut. med. Wochenschrift*, 1891.
- LONGUET. — Absence congénitale des ligaments du foie. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1874.
- LANNELONGUE. — Cité dans la thèse de Couturier. Bordeaux, 1895.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cité par Gueniot. *Gazette des hôpitaux*, avril 1897.
- MANN. — *Deut. med. Wochenschrift*, 1891.
- MARAGLIANO. — Foie mobile. *Rif. med.* Rome.
- MARCHANT (Gérard). — Hépatopexie. *Acad. méd.*, août 1891.
- MEISNER. — Schmidt's Jahrb. Leipsig, 1869.

MATHIEU. — Foie flottant. *Soc. méd. hôp. Paris*, 1893.

PICHEVIN. — Coïncidence d'un lobe flottant du foie et d'un rein mobile. *Progrès médical*, 1888.

RENDU. — Article Foie. *Dict. encyclop. des Sciences médicales*.

RIEDEL. — *Berlin, klin. Wochenschrift*, 1888, et *Bulletin méd.*, 1888.

RITTER VON HACKER. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1886.

RICHELOT. — Fixation d'un foie déplacé. *Bulletin méd.*, 27 septembre 1893.

PÉAN. — Luxation du foie opérée par une nouvelle méthode. *Congrès de chirurgie*, 1896.

SUTUGUIN. — Die Casuistik der Wanderleber. *Arch. für Gyn.* Berlin, 1875.

SANGLINE. — Du foie mobile. *Thèse*, Paris, 1896.

TERRIER et BAUDOIN. — Lobe du foie flottant. *Progrès méd.*, 1888.

TSCHERNING. — Beweglicher Schnürlappen der Leber durch Laparotomie fixist. *Centralblatt für Chirurgie*, 1888.

TRÈVES. — *Brit. med. Journal*. Janvier 1891.

WEISSEMBERG. — Ein Fael von Wanderleber. *Deut. med. Wochenschrift*, 1893.

WINSON RAMSAY. — Fixation of Liver. *Britisch medical Journal*, 1897.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT